



Main Office

2555 Ponce de Leon Blvd., Suite 500, Coral Gables, FL 33134  
Tel: (305) 646-7220 Fax: (786) 433-3227 Web: [www.elcmdm.org](http://www.elcmdm.org)

August 28, 2013

School Readiness Waitlist Families with Appointments

## Please bring to your appointment

- Valid picture ID for parent/s
- Proof of address if different from picture ID
- Birth certificate of children living in household (even if not receiving care if including for family size)
- Social security cards if available (not required)
- All income for parent/s (includes child support, alimony, SSI, SSA, unemployment, work salary, any cash received on a regular basis)
  - If parent get paid in cash or with corporate check that does not include hourly rate and hours worked, must have employer complete verification of employment form.
  - If parent is self-employed, must bring work calendar indicating hours worked and amounts earned in a six week period, as well as matching receipts, income expense statement if applicable, and last year's taxes if available
  - If parent is disabled, proof of disability award amount
  - If child support is applicable must provide proof i.e. letter from absent parent stating amount and frequency of income (does not need to be notarized), or print out from child support website
  - If receiving food stamps must provide proof of benefits, such as letter from Department of Children and Families indicating account number and amount of benefit
- Name, phone number, and address of provider selected to enroll child/ren receiving care

Para Familias en la lista de espera del programa de School Readiness con una cita

## Por favor traiga lo siguiente a su cita

- Identificación válida con foto del padre
- Prueba de domicilio si es diferente a la identificación con foto
- Certificado de nacimiento de los niños que viven en su hogar (incluya los niños que no están recibiendo cuidado infantil para obtener el tamaño de la familia)
- Tarjetas de seguro social, si están disponibles (no es obligatorio)
- El ingreso total de los padres (incluyendo manutención de los hijos, pensión alimenticia, SSI, SSA, el desempleo, el salario de trabajo, dinero en efectivo recibido de forma regular)
  - Si padre se les paga en efectivo o con cheque corporativo que no incluya la tasa horaria y las horas trabajadas, el empleador debe tener completar la planilla de verificación de trabajo
  - Si el padre trabaja por cuenta propia, debe traer calendario de trabajo que indique las horas trabajadas y las cantidades devengadas en un período de seis semanas, así como recibos, y declaración de gastos los ingresos en su caso, y de los impuestos del año pasado, si están disponible
  - Si el padre está deshabilitado, traiga la prueba del importe de adjudicación discapacidad
  - Si recibe la manutención de los hijos, debe de traer una carta del padre ausente indicando la cantidad y la frecuencia de los ingresos (no tiene que ser notariada), o imprimirlo del sitio web de manutención
  - Si recibe estampillas de comida debe proporcionar la prueba de los beneficios, como la carta del Departamento de Niños y Familias que indica el número de cuenta y la cantidad del beneficio
- Nombre, número telefónico y la dirección del proveedor seleccionado para el cuidado infantil del niño

# Verification of Employment/Loss of Income

Verificación de Empleo/Pérdida de Ingreso



<b>applicant   Solicitante</b>	<b>submit by</b> <i>Presentar antes de</i>

In order to determine the eligibility for financially assisted child care services, please assist us by answering the questions below.

Con el fin de determinar su elegibilidad para asistencia financiera para servicios de cuidado infantil, por favor conteste el formulario.

## Employer Information Información del Empleador

Employer Name (Print)   Nombre del Empleador	Date   Fecha
--	--------------

Address   Dirección Postal	City   Ciudad	State   Estado	Zip Code   Código Postal
-------------------------------	---------------	----------------	--------------------------

## Section I General Information Información General

Name Of Employee   Nombre del Empleado	Social Security #   Número de Seguro Social
Address of Employee   Dirección del Empleado	

<b>1</b>	Job title or type of work performed <i>Título o posición del empleado</i>	Hours worked per week <i>Horas trabajada pro semana</i>	Days worked per week <i>Días trabajo por semana</i>
	How often is/was the employee paid? <i>Con que frecuencia recibe pago?</i> <input type="checkbox"/> Daily   <i>Diario</i> <input type="checkbox"/> Weekly   <i>Semanal</i> <input type="checkbox"/> Biweekly   <i>Quincenal</i> <input type="checkbox"/> Twice Monthly   <i>Dos veces al mes</i> <input type="checkbox"/> Monthly   <i>Mensual</i>	Rate of pay per hour <i>Cuanto le pagan por hora</i> \$ _____	<input type="checkbox"/> Other pay rates (Explain) <i>Frecuencia de pago (Explique)</i>
<b>3</b>	Number of dependents claimed _____ <i>Número de dependientes</i>	Date current employment began <i>fecha cuando comenzó empleo</i> ____ / ____ / ____	Date previously employed <i>Fecha de empleo previo</i> ____ / ____ / ____
	Does/did employee receive tips / commission? <i>¿El empleado recibe propinas o comisiones?</i> <input type="checkbox"/> Yes   <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i>	If yes how much   <i>Cuánto</i> \$ _____ When   <i>Cuánto</i> _____	Is/was employment seasonal? <i>Es el empleo temporal?</i> <input type="checkbox"/> Yes   <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i>

## Section II – Loss of Income *Pérdida De Ingreso*

Complete this section only if you are reporting a loss of income.

Complete esta sección si está reportando pérdida de ingreso.

Date employment ended   <i>Fecha que el empleo terminó?</i>		Reason for termination   <i>Razón por qué el empleo terminó?</i>		
Is the loss of income <input type="checkbox"/> Permanent   <i>Permanente</i> <input type="checkbox"/> Temporary   <i>Temporal</i> <i>Indique la pérdida de ingreso</i>	If temporary, when do you expect the employee to return to work? <i>Si temporal, cuándo regresa al empleo?</i> ____/____/____	Date employee received final check <i>Fecha que recibió el último cheque</i> ____/____/____	Gross amount <i>Ingresos brutos</i> \$ _____	
Will employee receive any vacation pay, retirement refund, or other? <i>El empleado va recibir pagos por vacaciones, fondos de retiro u otros?</i> <input type="checkbox"/> Yes   <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i>	if yes, what type? <i>Si la respuesta es sí, indique qué tipo.</i> _____	Date received <i>Fecha que recibió pago</i> ____/____/____	Amount <i>Cantidad</i> \$ _____	
Is employee eligible for any type of benefits from your company, such as extended insurance coverage, worker's compensation, other? <i>Es el empleado ilegible para recibir otros tipos de beneficios de su compañía, como seguros, compensación de trabajador u otros?</i> <input type="checkbox"/> Yes   <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No   <i>No</i>	If yes, please explain <i>Por favor, explique</i> _____	Insurance Company <i>Nombre de compañía de seguro</i> _____		

– Shaded areas below should be completed by employer only –  
– Áreas sombreadas debajo deben ser completadas solamente por el empleador –

## Section III – Record of Pay Received *Lista De Pagos Recibidos*

Employer, please do not use white-out or correction fluid on this form. Please initial any changes.  
*Empleador, favor de no usar líquido correctivo en esta forma.*

Pay period ends <i>Cierre de nómina</i>	Date pay received <i>Día de pago</i>	Gross earnings <i>Ingresos brutos</i>	Number of hours worked <i>Número de horas trabajadas</i>	Tips <i>Propinas</i>	Earned income credit <i>Crédito por ingresos</i>	Net Pay <i>Ingreso Neto</i>

– Shaded areas above should be completed by employer only –  
– Áreas sombreadas arriba debe ser completadas solamente por el empleador –

## Section IV – Employer Information | *Nombre del Empleador*

What I have written on this form is true to the best of my knowledge. I know that if I give false information, I may be subject to prosecution for fraud. Please be advised that this information will be verified with you to ensure authenticity.

*Yo certifico que la información reportada en este formulario es correcta. Yo entiendo que reportar información falsa, podría ser cometido a juicio por fraude.*

Employer | *Nombre de Empleador en letra de molde*

Employer's Title | *Título del Empleador*

Employer's Signature | *Firma del Empleador*

Date Completed | *Fecha*

Telephone Number | *Número de Teléfono*

Business Name | *Nombre de Negocio*

Address | *Dirección*