

**DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE (DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM (FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO)**

O Department of Early Education and Care Departamento de Educação e Assistência Infantil (EEC) fornece assistência financeira para educação e cuidados infantis para famílias elegíveis de Massachusetts. Para se qualificar, as famílias devem atender às diretrizes de renda do EEC e demonstrar uma necessidade de serviço. A necessidade de serviço é definida como a quantidade de tempo que o cuidado infantil é necessário devido à participação dos pais (incluindo responsáveis) em uma atividade aprovada. As atividades aprovadas que estabelecem uma necessidade de serviço incluem emprego, educação e formação.

Este formulário deve ser preenchido pelos seguintes requerentes:

- Um requerente recém-empregado que ainda não pode fornecer recibos de pagamento documentando sua renda por um mês (4 semanas dentro do período de 6 semanas mais recente);
- Um requerente que é pago em dinheiro, cheque pessoal ou ordem de pagamento, independentemente de ele ser empregado ou trabalhar como um profissional autônomo/trabalhador contratado para um indivíduo ou empresa, conforme definido no Guia da Política de assistência financeira, Capítulo 4.2 (C) (1) (a) (iii) Profissionais autônomos.

A finalidade deste formulário é verificar:

- o status de emprego de um requerente;
- o número de horas semanais que trabalha;
- o valor da renda que recebe por essas horas de trabalho; e
- se é elegível para assistência financeira do EEC e, se for considerado elegível, a quantidade de cuidados infantis que ele pode receber.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER ESTE FORMULÁRIO

Nota: A elegibilidade de um indivíduo para assistência financeira do EEC não pode ser determinada a menos que todas as seções deste formulário sejam preenchidas em sua totalidade e devolvidas ao Administrador do subsídio. É importante que o formulário seja preenchido e devolvido até o prazo.

Instruções para o Requerente de assistência financeira do EEC (pai/mãe/responsável):

1. Preencha as Seções I, II e III deste formulário.
2. Após preencher essas seções, você deve fazer e guardar cópias para seu registro antes de entregar o formulário ao responsável por verificar seu emprego.
3. Se você for um novo funcionário ou funcionário existente de uma empresa e for pago em dinheiro, deverá entregar este formulário ao seu empregador para preencher a Seção IV e enviar o formulário ao Administrador do subsídio.
4. Se você for um profissional autônomo/trabalhador contratado, deverá entregar este formulário ao indivíduo/empresa que o contratou para preencher a Seção IV e enviá-lo ao Administrador do subsídio.

Instruções para a verificação de emprego por um indivíduo:

Preencha a Seção IV deste formulário. Faça e guarde uma cópia para seu registro e envie a original junto com qualquer documentação de apoio ao Administrador do subsídio.

DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE (DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM (FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO)

SEÇÃO I: INFORMAÇÕES DE EMPREGO

Deve ser preenchido pelo Requerente à assistência financeira do EEC.

1. Nome do requerente

(pai/mãe/responsável): _____

2. Tipo de emprego

a. Verifique a declaração que melhor descreve a natureza do seu emprego.

- Sou um novo funcionário da empresa listada abaixo. *Preencha b e e abaixo e pule c e d.*
- Sou um funcionário da empresa listada abaixo. *Preencha b e e abaixo e pule c e d.*
- trabalho como profissional autônomo/trabalhador contratado para os negócios listados abaixo.
Preencha b, c, d e e abaixo.

b. Nome da empresa: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

c. Se você for um profissional autônomo /trabalhador contratado, descreva o tipo de trabalho que você realiza ou a natureza de seu negócio (*por exemplo, dirijo um táxi*).

d. Se você é for um profissional autônomo/trabalhador contratado, trabalha ou presta serviços a vários clientes?

- Sim Não

e. Se você for um funcionário ou profissional autônomo/trabalhador contratado, você é pago em dinheiro ou por cheque pessoal ou ordem de pagamento pela empresa listada acima em b?

- Sim Não

SE VOCÊ FOR PAGO EM DINHEIRO, você deverá fornecer uma cópia de suas declarações de imposto de renda federal mais recentes, incluindo todos os formulários e tabelas aplicáveis, além de um Registro de transcrição de imposto de conta.

SE VOCÊ FOR PAGO COM CHEQUE PESSOAL OU ORDEM DE DINHEIRO, você deverá fornecer cópias de cheques utilizados ou ordens de pagamento que reflitam o pagamento de 4 semanas das 6 semanas mais recentes, além de cópias de suas declarações de imposto de renda federal mais recentes, incluindo todos os formulários e horários aplicáveis, além de um Registro de transcrição de imposto de conta.

**DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE (DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM (FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO)**

3. Liste a data de início do seu emprego, a data em que começou a trabalhar como um profissional autônomo/trabalhador contratado. _____
Por exemplo, 15 de janeiro de 2007
4. Quantas horas por semana você trabalha? _____ horas
Se o seu horário de trabalho variar, liste as horas mínimas e máximas por semana que você pode trabalhar (por exemplo, entre 20-25 horas por semana).
5. Quanta renda, incluindo gorjetas, você recebe por semana por essas horas de trabalho? _____
Se sua renda variar, liste o valor médio da renda que você recebe por semana.
6. Descreva o seu horário de trabalho a cada semana (por exemplo, das 8h às 16h às segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras).

SEÇÃO II: AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Deve ser preenchido pelo Requerente à assistência financeira do EEC.

Estou solicitando assistência financeira para cuidados infantis ao Department of Early Education and Care (Departamento de Educação e Assistência Infantil). Autorizo:

- o indivíduo listado na Seção IV a divulgar as informações solicitadas neste formulário sobre mim;
- o indivíduo listado na Seção IV a compartilhar informações relacionadas ao meu status de emprego, cronograma de trabalho e renda com o Administrador do subsídio da agência de encaminhamento e recursos de assistência infantil e/ou EEC para determinar minha elegibilidade para a assistência financeira; e
- o Administrador do subsídio e/ou EEC a entrar em contato com o indivíduo listado na Seção IV para verificar as informações fornecidas neste formulário.

Entendo que minha decisão de autorizar o indivíduo listado na Seção IV a compartilhar informações sobre meu status de emprego, horário de trabalho e renda com o Administrador do subsídio e/ou EEC é voluntária. No entanto, compreendo que, se não autorizar o indivíduo listado na Seção IV a compartilhar essas informações, o Administrador do subsídio e/ou o EEC não poderá fazer uma determinação sobre minha elegibilidade para assistência financeira para cuidados infantis.

Nome do(a) pai/mãe/responsável: _____

Data: _____

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável: _____

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELEFONE

E-MAIL

**DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE (DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM (FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO)**

SEÇÃO III: CERTIFICAÇÃO

Deve ser preenchido pelo Requerente à assistência financeira do EEC.

Certifico que as informações fornecidas nas Seções I e II deste formulário são, de acordo com o meu conhecimento e ciência, verdadeiras e precisas. **Entendo que SE FOR PAGO EM DINHEIRO, sou responsável por fornecer uma cópia das minhas declarações de imposto de renda federal mais recentes, incluindo todos os formulários e tabelas aplicáveis, além de um Registro de transcrição de imposto de conta. Também entendo se eu for PAGO COM CHEQUE PESSOAL OU ORDEM DE PAGAMENTO, deverei fornecer cópias de cheques utilizados ou ordens de pagamento que reflitam o pagamento de 4 semanas das 6 semanas mais recentes, além de cópias das minhas declarações de imposto de renda federal mais recentes, incluindo todos os formulários e horários aplicáveis, além de um Registro de transcrição de imposto de conta.**

Certifico que as informações fornecidas neste formulário são, de acordo com o meu conhecimento e ciência, verdadeiras e precisas. Estou ciente de que fornecer informações falsas ou enganosas relacionadas ao meu requerimento de assistência financeira do EEC, receber assistência financeira do EEC como resultado de qualquer informação falsa ou enganosa e/ou a ocultação ou retenção de informações com o propósito de estabelecer ou manter a elegibilidade ou aumentar o nível de assistência para cuidados infantis pode levar ao cancelamento imediato do meu subsídio para cuidados infantis. Também compreendo que devo **relatar dentro de trinta (30) dias qualquer mudança temporária ou não temporária**. Mudanças temporárias incluem: qualquer ausência por tempo limitado da atividade aprovada do(a) pai/mãe/responsável devido a uma doença ou necessidade de cuidar de um membro da Família; qualquer interrupção no trabalho para um trabalhador temporário que não esteja trabalhando em períodos regulares de trabalho na indústria; qualquer semestre ou férias para um(a) pai/mãe/responsável que esteja participando de educação ou formação; qualquer redução nas horas de trabalho, formação ou educação, enquanto o(a) pai/mãe/responsável ainda estiver trabalhando ou frequentando formação ou educação; qualquer interrupção da atividade aprovada para o(a) pai/mãe/responsável devido à pandemia de COVID-19; qualquer outra atividade aprovada que não exceda 12 semanas; e mudança de residência no estado. As mudanças não temporárias incluem: renda familiar total superior a 85% de SMI; mudanças nas informações de contato da família; mudanças na composição da família por mais de 30 dias no total em uma autorização de 12 meses; mudanças nos arranjos de custódia de crianças; qualquer mudança de endereço fora do estado; ou qualquer alteração ou interrupção do trabalho, formação ou participação educacional do(a) pai/mãe/responsável que dure mais de 12 semanas. Entendo que deixar de relatar uma alteração não temporária pode resultar em uma violação intencional do programa e posso estar sujeito à desqualificação.

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável: _____ Data: _____

SEÇÃO IV: VERIFICAÇÃO DE EMPREGO DE TERCEIROS

Deve ser preenchido por um indivíduo que verifique o emprego do requerente para a assistência financeira do EEC.

Marque a caixa abaixo que melhor descreve sua relação comercial com o requerente.

- Sou o empregador do requerente. *Se tiver marcado esta caixa, preencha as Partes A e C abaixo e pule a Parte B.*
- O requerente é um profissional autônomo/trabalhador contratado com quem tenho um contrato. *Se tiver marcado esta caixa, preencha as Partes A e C abaixo e pule a Parte B.*
- Sou cliente do requerente. *Se tiver marcado esta caixa, pule a Parte A abaixo e preencha apenas as partes B e C.*

**DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE (DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM (FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO)**

- Forneço bens ou serviços ao requerente como parte de seus negócios. *Se tiver marcado esta caixa, pule a Parte A abaixo e preencha apenas as Partes B e C.*

Liste abaixo a data de início do emprego do requerente ou, se o requerente for um profissional autônomo/trabalhador contratado com quem você tem um contrato, liste a data em que ele começou a trabalhar para você.

DATA DE INÍCIO DO EMPREGO: _____

**DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE (DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM (FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO)**

Parte A: Deve ser preenchido pelo empregador do requerente, ou se o requerente for um profissional autônomo/trabalhador contratado, pelo indivíduo/empresa que tenha um contrato com o requerente.

1. Descreva o tipo de trabalho realizado pelo requerente, o número de horas que ele trabalha por semana, incluindo a programação semanal, e o valor que ele recebe por essas horas de trabalho. *Por exemplo, Jane Doe é minha funcionária contratada para dirigir um táxi às segundas-feiras, terças-feiras e sextas-feiras das 8h00 às 18h00. Jane Doe trabalha 30 horas por semana e recebe \$300 por semana, mais gorjetas.*

Forneça as seguintes informações sobre sua empresa.

2. Nome da empresa: _____

3. Endereço da empresa: _____

4. Telefone comercial: _____

5. Natureza do negócio: _____

6. Número de Segurança Social: _____ **OU** Número de identificação do empregador (EIN)¹:

7. Status corporativo do negócio: (Marque um dos seguintes)

____ Propriedade social ____ Parceria ____ Corporação ____ Corporação S

8. Número do certificado do nome fantasia (DBA): _____ (se aplicável)

9. Cidade/município onde o DBA foi registrado: _____ (se aplicável)

.....

PARTE B: Deve ser preenchido por um cliente ou fornecedor que verifique o emprego do Requerente à assistência financeira do EEC.

1. Marque a caixa abaixo que melhor descreve sua relação comercial com o requerente.

Sou cliente deste requerente.

Forneço bens ou serviços a esse requerente como parte de seus negócios.

2. Há quanto tempo você é cliente/fornecedor do requerente?

¹ Também conhecido como Número de Identificação Federal

**DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE (DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA INFANTIL)
SUBSIDIZED CHILD CARE (ASSISTÊNCIA INFANTIL SUBSIDIADA)
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM (FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EMPREGO)**

3. Descreva o tipo de trabalho realizado pelo requerente, incluindo a natureza dos bens/serviços prestados. *Por exemplo, Jane Doe tem seu próprio negócio de paisagismo e faz trabalhos de paisagismo e jardinagem.*

4. **Se você for um cliente do requerente**, com que frequência você compra bens/serviços desse indivíduo? *Por exemplo, Jane Doe cuida do meu gramado e jardim duas vezes por mês durante os meses de abril a novembro.*

5. **Se você fornecer bens ou serviços ao requerente**, com que frequência você fornece bens ou serviços para esse indivíduo? *Por exemplo, Entrego material de escritório para Jane Doe uma vez por mês.*

6. Você sabe quantas horas por semana o requerente trabalha e/ou seu horário de trabalho?

- Sim Não

7. Se você respondeu sim à pergunta 6, liste abaixo as horas semanais de trabalho e/ou horário de trabalho do requerente.

.....
Parte C: Deve ser preenchido por todos os indivíduos que verificarem o emprego

Certifico que as informações fornecidas na Seção IV deste formulário são, de acordo com o meu conhecimento e ciência, verdadeiras e precisas.

Imprima Nome do verificador: _____ Data: _____

Assinatura do indivíduo que está verificando o emprego: _____

Cargo do verificador _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Instruções para o indivíduo que está verificando o emprego do Requerente a assistência financeira do EEC: Faça uma cópia deste formulário para seu registro e devolva o formulário original e qualquer documentação de apoio para:

Administrador do subsídio, insira o endereço ou inclua uma etiqueta de envio:
