

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)
SUBSIDIZED CHILD CARE/ CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM/FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

Departamento de Educación y Cuidado Temprano (ECC) provee asistencia financiera para educación y cuidado temprano para las familias elegibles de Massachusetts. Para calificar, las Familias deben cumplir con las pautas de ingresos de EEC y deben demostrar una necesidad de servicio. La necesidad de servicio se define como la cantidad de tiempo que se requiere cuidado infantil debido a la participación de los padres (incluidos los tutores) en una actividad aprobada. Actividades aprobadas que establecen una necesidad de servicio incluye empleo, educación y formación.

Este formulario debe ser completado por los siguientes solicitantes:

- Un solicitante recién empleado que aún no puede proporcionar comprobantes de pago que documenten sus ingresos durante un mes (4 semanas dentro del período de 6 semanas más reciente);
- Un solicitante a quien se le paga en efectivo, cheque personal o giro postal, independientemente de si está empleado o trabaja como contratista independiente/trabajador por contrato para una persona o empresa, según se define en la Guía de Políticas de Asistencia Financiera, Capítulo 4.2 (C) (1) (a) (iii) Contratistas Independientes.

El objetivo de este formulario es establecer:

- la situación laboral del solicitante;
- el numero de horas semanales que trabaja;
- el salario que percibe por las horas trabajadas y
- que un Padre es elegible para la asistencia financiera de EEC y, si se determina que es elegible, la cantidad de cuidado infantil que puede recibir

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Nota: La elegibilidad de una persona para la asistencia financiera de EEC no se puede determinar a menos que todas las secciones de este formulario se completen en su totalidad y se devuelvan al Administrador de Subsidios. Es importante que el formulario se complete y devuelva de manera oportuna.

Instrucciones para el Solicitante de Asistencia Financiera de EEC (Padres):

1. Por favor responda las Secciones I, II y III de este formulario.
2. Después de completar estas secciones, debe hacer y conservar copias para sus registros antes de entregar el formulario a la persona que verifica su empleo.
3. Si es un empleado nuevo o un empleado existente de una empresa y se le paga en efectivo, debe entregar este formulario a su empleador para completar la Sección IV y enviar el formulario al Administrador de Subsidios.
4. Si usted es un contratista/trabajador por contrato independiente, debe entregar este formulario a la persona/empresa con la que contrata para que respondan la Sección IV y enviarla al Administrador de Subsidios.

Instrucciones para la Persona que Verifica el Empleo:

Por favor responda la Sección IV de este formulario. Haga y conserve una copia para sus registros y envíe el original junto con la documentación de respaldo al Administrador de Subsidios.

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)
SUBSIDIZED CHILD CARE/ CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM/FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DE EMPLEO

Debe ser respondido por el Solicitante de Asistencia Financiera de EEC.

1. Nombre del Solicitante (Padre o Madre): _____

2. Tipo de Empleo

a. Marque la declaración que mejor describa la naturaleza de su empleo.

- Soy un nuevo empleado de la empresa que se indica a continuación. *Complete b y e a continuación y omita c y d.*
- Soy un empleado existente de la empresa que se indica a continuación. *Complete b y e a continuación y omita c y d.*
- Trabajo como contratista independiente/trabajador por contrato para el negocio que se enumera a continuación. *Por favor responda b, c, d y e a continuación.*

b. Nombre de la Empresa: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

c. Si es un contratista independiente/trabajador por contrato, describa el tipo de trabajo que realiza o la naturaleza de su negocio, por ejemplo, conduzco un taxi.

d. Si es un contratista independiente/trabajador por contrato, ¿realiza trabajos o presta servicios a varios clientes?

- Si No

e. Si es un empleado o un contratista independiente/trabajador por contrato, ¿le paga en efectivo o mediante cheque personal o giro postal la empresa mencionada anteriormente en b?

- Si No

SI LE PAGAN EN EFECTIVO, se le pedirá que proporcione una copia de sus declaraciones de impuestos federales más recientes, incluidos todos los formularios y anexos aplicables, así como un Registro de la Transcripción de Impuestos Fiscales de la Cuenta.

SI LE PAGAN CON CHEQUE PERSONAL O ORDEN DE DINERO, se le pedirá que proporcione copias de cheques cancelados o giros postales que reflejen el pago de 4 semanas de las 6 semanas más recientes, así como copias de sus declaraciones de impuestos federales más recientes, incluidas todos los formularios y anexos aplicables, así como un Registro de la Transcripción Fiscal de la Cuenta.

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)
SUBSIDIZED CHILD CARE/ CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM/FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

3. Indique la fecha de inicio de su empleo, la fecha en que comenzó a trabajar como contratista independiente/trabajador por contrato. _____

Por ejemplo, Enero 15, 2007

4. ¿Cuántas horas a la semana trabajas? _____ horas

Si su horario de trabajo varía, indique las horas mínimas y máximas por semana que puede trabajar (por ejemplo, entre 20 y 25 horas por semana).

5. ¿Cuántos ingresos, incluidas las propinas, recibe por semana por estas horas de trabajo? _____

Si sus ingresos varían, indique la cantidad promedio de ingresos que recibe por semana.

6. Describa su horario de trabajo cada semana (por ejemplo, 8:00 a.m. a 4:00 p.m. los lunes, miércoles y viernes.)

SECCIÓN II AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Debe ser respondido por el Solicitante de Asistencia Financiera de EEC.

Solicito ayuda financiera para el cuidado infantil del Departamento de Cuidado y Educación Temprana. Yo autorizo a:

- la persona mencionada en la Sección IV para divulgar la información solicitada en este formulario sobre mí;
- la persona mencionada en la Sección IV para compartir información relacionada con mi situación laboral, horario de trabajo e ingresos con el Administrador de Subsidios de la agencia de recursos y referencias de cuidado infantil y/o EEC para determinar mi elegibilidad para asistencia financiera; y
- el Administrador de Subsidios y/o EEC para comunicarse con la persona indicada en la Sección IV para verificar la información proporcionada en este formulario.

Entiendo que mi decisión de autorizar a la persona mencionada en la Sección IV a compartir información sobre mi situación laboral, horario de trabajo e ingresos con el Administrador de Subsidios y/o EEC es voluntaria. Sin embargo, entiendo que, si no autorizo a la persona mencionada en la Sección IV a compartir esta información, el Administrador de Subsidios y/o EEC no podrán tomar una determinación sobre mi elegibilidad para recibir asistencia financiera para el cuidado infantil.

Nombre del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Madre: _____

_____ DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

_____ NÚMERO DE TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)
SUBSIDIZED CHILD CARE/ CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM/FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

SECCIÓN III: CERTIFICACION

Debe ser respondido por el Solicitante de Asistencia Financiera de EEC.

Certifico que la información proporcionada en las Secciones I y II de este formulario es, a mi leal saber y entender, verdadera y precisa. **Entiendo que SI ME PAGAN EN EFECTIVO, soy responsable de proporcionar una copia de mis declaraciones de impuestos federales sobre la renta más recientes, incluidos todos los formularios y anexos aplicables, así como un Registro de la Transcripción de Impuestos de la Cuenta. También entiendo que si me PAGAN CON CHEQUE PERSONAL O ORDEN DE DINERO, se me pedirá que proporcione copias de cheques cancelados o giros postales que reflejen el pago de 4 semanas de las 6 semanas más recientes, así como copias de mis ingresos federales más recientes. declaraciones de impuestos, incluidos todos los formularios y anexos aplicables, así como un Registro de la Transcripción de Impuestos de la Cuenta.**

Certifico que la información proporcionada en este formulario es, a mi leal saber y entender, verdadera y precisa. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa en relación con mi solicitud de asistencia financiera de EEC, recibir asistencia financiera de EEC como resultado de cualquier información falsa o engañosa, y/o ocultar o retener información con el propósito de establecer o mantener la elegibilidad o El aumento del nivel de asistencia para el cuidado de niños puede resultar en la terminación inmediata de mi subsidio para el cuidado de niños. También entiendo que **debo informar dentro de los treinta (30) días de cualquier cambio temporal o no temporal.** Los cambios temporales incluyen: cualquier ausencia por tiempo limitado de la actividad aprobada por un padre debido a una enfermedad o la necesidad de cuidar a un miembro de la familia; cualquier interrupción en el trabajo de un trabajador temporal que no esté trabajando entre las temporadas laborales regulares de la industria; cualquier semestre o vacaciones para un padre que participe en educación o capacitación; cualquier reducción en las horas de trabajo, capacitación o educación, siempre que el padre todavía esté trabajando o asistiendo a una capacitación o educación; cualquier cese de la actividad aprobada de un padre debido a la pandemia de COVID-19; cualquier otro cese de la actividad aprobada por un padre que no exceda las 12 semanas; y cambio de residencia dentro de la Mancomunidad. Los cambios no temporales incluyen: el ingreso familiar total que excede el 85% del SMI; cambios en la información de contacto de la familia; cambios en la composición del hogar durante más de 30 días en total en una autorización de 12 meses; cambios en los arreglos de custodia de los hijos; cualquier cambio de dirección fuera del estado; o cualquier cambio o cese de la participación en el trabajo, la capacitación o la educación de un padre que dure más de 12 semanas. Entiendo que no informar un cambio no temporal puede resultar en una infracción intencional del programa y puede estar sujeto a descalificación.

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

SECCIÓN IV: VERIFICACIÓN DE EMPLEO POR TERCEROS

Debe ser completado por la persona que verifica el empleo del Solicitante de Asistencia Financiera de EEC.

Marque la casilla a continuación que mejor describa su relación comercial con el solicitante.

- Soy el empleador del solicitante. *Si marcó esta casilla, complete las Partes A y C a continuación y omita la Parte B.*
- El solicitante es un contratista/trabajador por contrato independiente con el que contrato. *Si marcó esta casilla, complete las Partes A y C a continuación y omita la Parte B.*
- Soy cliente/cliente del solicitante. Si marcó esta casilla, omita la Parte A a continuación y complete solo las Partes B y C.
- Suministro bienes o servicios al solicitante como parte de su negocio. *Si marcó esta casilla, omita la Parte A a continuación y complete solo las Partes B y C.*

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)
SUBSIDIZED CHILD CARE/ CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM/FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

Indique a continuación la fecha de inicio del empleo del solicitante o, si el solicitante es un contratista independiente/trabajador por contrato con el que tiene contrato, indique la fecha en que comenzó a trabajar para usted.

FECHA DE INICIO DEL EMPLEO:

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)
SUBSIDIZED CHILD CARE/ CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM/FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

Parte A: Para ser completada por el empleador del solicitante, o si el solicitante es un contratista/trabajador por contrato independiente, por la persona/empresa que contrata al solicitante.

1. Describa el tipo de trabajo realizado por el solicitante, la cantidad de horas que trabaja por semana, incluido el horario semanal, y la cantidad de ingresos que recibe por esas horas de trabajo. *Por ejemplo, empleo a Jane Doe como empleada contratada para conducir un taxi los lunes, martes y viernes a partir de las 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Jane Doe trabaja 30 horas a la semana y se le paga \$ 300 por semana más propinas.*

Proporcione la siguiente información sobre su empresa.

2. Nombre de la Empresa: _____
3. Dirección de la Empresa: _____
4. Teléfono Empresarial: _____
5. Naturaleza del Negocio: _____
6. Número de Seguro Social: _____ **O** Número de Identificación del Empleador(EIN)¹ _____
7. Situación Corporativa de la Empresa: (Por favor, marque uno de los siguientes)
- ____ Propietario único ____ Sociedad ____ Corporación ____ Corporación S
8. Número de Certificado de Doing Business As (DBA): _____ (si corresponde)
9. Ciudad/Pueblo Donde se Presentó el DBA: _____ (si corresponde)

.....

PARTE B: Para ser completada por un cliente o proveedor que verifique el empleo del Solicitante de Asistencia Financiera de EEC.

1. Marque la casilla a continuación que mejor describa su relación comercial con el solicitante.
- Soy cliente de este solicitante.
- Suministro bienes o servicios al solicitante como parte de su negocio.

2. ¿Cuánto tiempo ha sido cliente/proveedor del solicitante?

¹También conocido como número de Identificación Fiscal Federal

**THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN Y CUIDADO TEMPRANO (EEC)
SUBSIDIZED CHILD CARE/ CUIDADO INFANTIL SUBSIDIADO
EMPLOYMENT VERIFICATION FORM/FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

3. Describa el tipo de trabajo realizado por el solicitante, incluida la naturaleza de los bienes/servicios prestados. *Por ejemplo, Jane Doe tiene su propio negocio de jardinería y realiza trabajos de jardinería.*

4. **Si es cliente del solicitante, ¿con qué frecuencia compra bienes o servicios de este individuo?** *Por ejemplo, Jane Doe se ocupa de mi césped y jardín dos veces al mes durante los meses de abril a noviembre.*

5. **Si suministra bienes o servicios al solicitante, ¿con qué frecuencia suministra bienes o servicios a esta persona?** *Por ejemplo, le entrego material de oficina a Jane Doe una vez al mes.*

6. ¿Sabe cuántas horas a la semana trabaja el solicitante y/o su horario de atención?

- Si No

7. Si respondió afirmativamente a la pregunta 6, indique a continuación las horas de trabajo semanales y/o las horas de funcionamiento del solicitante.

.....
Parte C: Para ser completado por todas las personas que verifican el empleo.

Certifico que la información proporcionada en la Sección IV de este formulario es, a mi leal saber y entender, verdadera y precisa.

Escriba en letra de imprenta el Nombre del Verificador: _____ Fecha: _____

Firma de la Persona que Verifica el Empleo: _____

Título del Verificador _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Instrucciones para la Persona que Verifica el Empleo del Solicitante de Asistencia Financiera de EEC: Haga una copia de este formulario para sus registros y devuelva el formulario original y cualquier documentación de respaldo a:

El Administrador del Subsidio ingrese la dirección o coloque la etiqueta postal:
