



# Condado de Boulder CCAP VERIFICACIÓN DE EMPLEO/INGRESOS

**El formulario debe ser completado por el/la empleador(a)**

Nombre del cliente CCAP: \_\_\_\_\_

Número de caso o fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del negocio: \_\_\_\_\_

Dirección del negocio: \_\_\_\_\_

Cuidad/Edo/Codigo postal

Primer día de empleo: \_\_\_\_\_ Fecha del primer cheque: \_\_\_\_\_

Título de trabajo: \_\_\_\_\_

Tarifa de pago: \_\_\_\_\_ Y/O Salario bruto mensual: \_\_\_\_\_

Impuestos retenidos?  Si  No

Horas promedio por semana: \_\_\_\_\_

Propinas mensuales (si no se incluyen en el salario bruto): \_\_\_\_\_

¿Es este empleo de temporada?  Sí  No  
En caso afirmativo, indique las fechas: \_\_\_\_\_

Si está de salida, ¿se espera que el empleado regrese a su trabajo?  Sí  No  
En caso afirmativo, indique cuando: \_\_\_\_\_

¿Es este empleo temporal?  Si  No  
En caso afirmativo, indique la fecha final: \_\_\_\_\_

Horario de trabajo						
Ingrese las horas en las que normalmente comienza y termina su jornada laboral (ejemplo: 8 a 5 PM)						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

**Confirmo que la información anterior es completa y precisa:**

Nombre impreso del empleador

Título del empleador

Número de telefono

Firma del empleador

Fecha

**Volver a:**  
 Correo electrónico: [Imaging@bouldercounty.gov](mailto:Imaging@bouldercounty.gov) o FAX: 303.441.1523  
 Boulder County Child Care Assistance Program (CCAP)  
 515 Coffman Street – Longmont, CO 80501  
 3460 N. Broadway – Boulder, CO 80301