



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/Código postal

Primer día de empleo: _____ **Fecha del primer cheque:** _____

Título de trabajo: _____

Tarifa de pago: _____ **Y/O Salario bruto mensual:** _____

Impuestos retenidos? ☐ Sí ☐ 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?

☐ Sí ☐ 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

Confirmando que la información anterior es completa y precisa:

Nombre impreso del empleador

Título del empleador

Número de teléfono

Firma del empleador

Fecha

Volver a:

Correo electrónico: Imaging@bouldercounty.gov o

Boulder County Child Care Assistance Program (CCAP)

515 Coffman Street – Longmont, CO 80501

3460 N. Broadway – Boulder, CO 80301

o FAX: 303.441.1523

Revised 09.2025