

Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre de Empleador/Escuela: _____

Dirección del Empleador/Escuela: _____
(Calle) (Ciudad, Estado) (Código Postal)

Nombre del Supervisor/Profesor/Otra Persona de Contacto: _____

Número de Teléfono del Supervisor/Profesor/Otro Contacto: _____

Marque una opción:

<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Asiste a la escuela
<input type="checkbox"/> Servicio comunitario	<input type="checkbox"/> Programa de trabajo para desempleados (<i>Workfare</i>)
<input type="checkbox"/> Práctica laboral	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____

Semana que comienza el Domingo _____ y termina el Sábado _____
(fecha) (fecha)

Total de horas de esta semana: _____

Ingrese el número de horas pagadas por días festivos, vacaciones o permiso por enfermedad: _____

Progreso satisfactorio: La persona asiste actualmente a la escuela y está logrando avances satisfactorios.
 Si No No asiste a la escuela

Certifico que la información proporcionada arriba es verdadera y correcta. Entiendo que Workforce Solutions puede hablar con mi empleador/escuela para verificar la información que yo proporcioné a Workforce Solutions. Autorizo a mi empleador/escuela a que otorgue la verificación de todas mis horas de trabajo/escuela a la organización mencionada arriba.

Firma del Supervisor/Profesor/Otra persona de contacto **OBLIGATORIA**

Enviar fax al _____ el _____
(número de fax) (día de la semana)

El otorgamiento de información falsa en este formulario o por teléfono con el propósito de obtener beneficios de manera inapropiada puede derivar en sanciones civiles, penales o administrativas.