Departamento de Servicios Sociales del Condado de Suffolk
Agencia de Cuidado Infantil de FCSA

Encuesta Confidencial de Empleo

(El empleador debe completar todas las secciones relacionadas con el empleo y firmar el formulario)

FECHA	EMPLEADO	SSN (N° DE SEGURIDAD SOCIAL)	N° DE CASO DE DSS **S00**
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CASO DE DSS		ENVIE EL FORMULARIO A: ☐ EMPLEADO O ☐ DIRECCIÓN INDICADA A LA ATENCIÓN DE: _____ FAX DE DSS: 631-854-3331	
FECHA DE INICIO DEL EMPLEADO:	SI EL EMPLEADO YA NO ESTÁ TRABAJANDO, EXPLIQUE EL MOTIVO E INCLUYA LA ÚLTIMA FECHA EN LA QUE TRABAJÓ: ÚLTIMO DÍA:		FECHA DE ENVÍO SOLICITADA:

Un requisito de elegibilidad para recibir cuidado infantil es verificar el empleo. El Artículo 143 de la Ley de Bienestar Social establece: ***"Si un representante autorizado lo solicita... los funcionarios o directivos de cualquier empresa o sociedad, y todos los empleadores de mano de obra de cualquier tipo, que desarrollen sus actividades en el estado de Nueva York, suministrarán a dicho representante o autoridad, la información relacionada con sueldos, salarios, ganancias u otros ingresos de cualquier solicitante o beneficiario de cuidado infantil ...o de cualquier familiar legalmente responsable de la manutención de dicho solicitante o beneficiario".***

INGRESOS DE LAS ÚLTIMAS 12 SEMANAS DE EMPLEO (PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR)					
Periodo de Pago		Salario Bruto (antes de las educciones)	El número de horas por las cuales pagaron al empleado	Propinas / Comisión	Otro (Especificar)
Desde	Hasta				

Fecha de inicio:	Título:	Salario por hora:	Promedio de horas trabajadas:
Periodo de pago: ☐ por semana; ☐ cada dos semanas; ☐ quincenal; ☐ mensual (☐ el 1° ☐ el día 15 ☐ el día 30); ☐ Otro, especificar:			

Marque con un círculo los días de la semana en los que trabaja el empleado:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Indique el horario en el que usualmente trabaja (por ejemplo, de 9 a.m. a 5 p.m.):							

Nombre del empleador: _____ _____

Dirección del empleador: _____

Persona de contacto en el lugar de trabajo local: _____ Teléfono: _____

Firma del empleador: _____ Título: _____ Fecha: _____

FORM CCB-6010-004 (Rev. 07/2016)

P.O. BOX 18100
HAUPPAUGE, NY 11788-8900

www.suffolkcountyny.gov/departments/socialservices
N. ° de fax de la Unidad de Cuidado Infantil: (631) 854-3331