Departamento de Servicios Sociales del Condado de Suffolk
(Suffolk County Department of Social Services, DSS)

EN RESPUESTA A LA DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR: GANANCIAS DEL EMPLEADO PAGADAS EN EFECTIVO

Nombre del caso de cuidado infantil del DSS: _____ Número del caso: _____

Nombre del empleado: _____ Número de Seguro Social: XXX-XX- _____

Dirección: _____
(DOMICILIO) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Complete la siguiente información <u>SOLO</u> si le paga a su empleado en efectivo (total O parcialmente).
Se deben responder <u>todas</u> las preguntas.

Le pago a mi empleado en efectivo. No doy cheques ni realizo pagos electrónicos. ☐ Sí ☐ No (Si responde "No", no es necesario que complete este formulario).

¿El empleado recibirá un formulario 1099 al finalizar el año? ☐ Sí ☐ No

El tipo de trabajo que mi empleado realiza es el siguiente: _____
(Por ejemplo: camarero, peluquero, manicurista, personal de limpieza, cuidador infantil, paisajista, etc.)

La fecha de inicio de trabajo del empleado fue (será): _____. Marque la casilla si el trabajo se hace: por temporada ☐ o cuando el clima lo permite ☐

El monto que le pago a mi empleado es de: $_____ **por hora durante** _____horas por el periodo de pago ***<u>O</u>*** una tarifa diaria de _____. *NOTA: Si la cantidad de horas trabajadas varía, ingrese la cantidad habitual (promedio) de horas trabajadas.*

A mi empleado se le paga de manera (marque una opción): ☐ Diaria ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Cada dos meses

¿El empleado recibe propinas, bonificaciones, comisiones o pagos de horas extra en efectivo (<u>además</u> del salario por hora que se figura arriba)? ☐ Sí. Monto: $ _____ y frecuencia: _____ ☐ No

	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.	Dom.
Indique las horas trabajadas habitualmente (Por ejemplo: de 9 a. m. a 5 p. m.):							

<u>El empleador debe leer lo siguiente, proporcionar la información solicitada y firmar a continuación:</u> *Certifico que toda la información anteriormente mencionada es verdadera y exacta. Entiendo que si falsifiqué información adrede en este formulario o si le ayudé al solicitante a falsificar información, es posible que se me procese según la ley estatal.*

Nombre de la empresa/del negocio: _____

Dirección de la empresa/del negocio: _____

Lugar(es) donde se realiza el trabajo: _____
(Adjunte páginas adicionales si fuera necesario para indicar los diversos lugares).

Número telefónico donde se puede contactar al empleador: ( ) _____

Nombre de la persona que completa el formulario: _____ Cargo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

<u>Los solicitantes o beneficiarios deben leer la siguiente información y firmar a continuación:</u> *Certifico que no tengo otro medio para documentar mis ingresos y que toda la información anteriormente mencionada es verdadera y exacta. Entiendo que esta información se usará para determinar la elegibilidad para un subsidio de cuidado infantil. Entiendo que es posible que el Department of Social Services busque datos para verificar la información proporcionada en este formulario. Asimismo, entiendo que si tergiversé adrede mis ingresos, es posible que deba reembolsar los beneficios recibidos y que se me procese según la ley estatal.*

Firma del solicitante o beneficiario: _____ Fecha: _____