



Summit Head Start 0-5 Program

Employment, Income, and Work Schedule Verification Form

If you are applying for tuition assistance and you receive income from wages, you must submit this completed form along with the other required income verification documents.

This section to be completed by APPLICANT

Employee's Name First : _____ Last: _____

Child's Name First: _____ Last: _____

I hereby authorize the release of the following information to determine my eligibility for the Summit Head Start and/or Summit School District Preschool Tuition Assistance Program.

Employee Signature : _____ Date : _____

This section to be completed by EMPLOYER

The above-signed employee has applied to the Summit School District Preschool Tuition Assistance Program. The program guidelines require employer verification of employment, income, and work schedule. Please complete this form and return to your employee as soon as possible.

Your assistance in completing this form accurately and in a timely manner is greatly appreciated.

Employment

Date of Hire: _____ End Date of Employment: _____

Employed: Full-Time Year Round Part-Time Year Round Full-Time Seasonal Part-Time Seasonal

If employed on a seasonal basis, please mark all the months the employee works:

January February March April May June July August September October November December

Employee Schedule: _____/hours per Week Month

Other (Please be specific): _____

Variable work schedule: No Yes (if yes, explain): _____

Compensation? Wages/Salary \$ _____ per Hour Week Bi-Monthly Monthly Annually

Does the employee receive overtime pay?? No Yes Is overtime seasonal? Yes No

Hourly Overtime Wages (if applicable): \$ _____ Number of overtime hours per week: _____

Does the employee receive additional compensation? No Yes

Tips per Week: \$ _____ Comments: _____

Bonuses, Commissions, or Other Types: \$ _____

Employer Information By signing below, you certify that the above information is true and complete to the best of your knowledge.

Employer Name (Business Name): _____

Employer Physical Address: _____

Printed Name of Supervisor First Name _____ Last Name _____

Title: _____

Signature of Supervisor Spanish

Date Fecha



Summit Head Start 0-5 Program

Forma de Verificación de Horario de Trabajo, Ingresos, y Empleo

Si usted quiere solicitando Ayuda Financiera y usted recibe ingresos por salario, usted debe entregar esta forma completa acompañada de otros documentos de verificación de ingresos requeridos.

This section to be completed by APPLICANT

Nombre del Empleado: Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre del Niño/a: Nombre: _____ Apellido: _____

Por este medio, yo autorizo la liberación de la siguiente información, en orden de determinar mi elegibilidad para el Programa de Ayuda Financiera de Preescolar del Distrito Escolar Summit.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Esta parte debe ser completada por el EMPLEADOR

El empleado que firma arriba ha presentado una solicitud para el Programa de Asistencia para la Matrícula Preescolar del Distrito Escolar de Summit. Las pautas del programa requieren que el empleador verificación de empleo, ingresos y horario de trabajo. Complete este formulario y devuélvalo a su empleado lo antes posible.

Su ayuda para completar este formulario con precisión y de manera oportuna es muy apreciada.

Estado de Empleo:

fecha de contratación: _____ fecha de finalización del empleo: _____

Employed: tiempo completo todo el año tiempo parcial todo el año tiempo completo estacional tiempo parcial estacional

If employed on a seasonal basis, please mark all the months the employee works Spanish:

Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

horario de empleados: _____/horas por Semana Mes Otra (por favor sea específico):

horario de trabajo variable: No Si explique: _____

Compensación: Salarios \$ _____ por hora semana bimensual mensual anualmente

¿El empleado recibe pago de horas extras? No Si ¿El paso del tiempo es estacional? Si No

Salarios por hora extra (si corresponde): \$ _____ de horas extras por semana : _____

¿El empleado recibe compensación adicional? No Si Tips per Week/ Propinas por semana: \$ _____

Comentarios: _____

Bonuses, Commissions, or Other Types/Bonos, Comisiones u Otros Tipos: \$ _____

Informacion Empleador Al firmar a continuación, certifica que la información anterior es verdadera y completa según su leal saber y entender.

Nombre de Empleador: _____

Dirección de empleador: _____

Nombre del Supervisor _____

Title Spanish: _____

Firma del Supervisor _____

Fecha _____