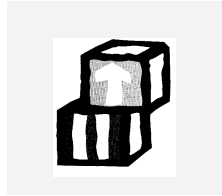




Por favor regrese a:
CAP AGENCY HEAD START
 2496 145th St. West
 Rosemount, MN 55068
 PHONE 651-322-3500 FAX 651-322-3555



SOLICITE PARA LA COMPROBACION DEL EMPLEO

A Quien Concierna:

Tenemos que verificar los ingresos de todos los solicitantes que aplican para nuestro Programa de Head Start. El aplicante nombrado abajo ha indicado que él/ella esta/estaba recibiendo los ingresos de su agencia en los últimos 12 meses. Suministre por favor la información solicitada abajo lo antes posible. Toda la información es protegida bajo el Data Privacy Act (Acto de Privacidad de Datos) de Minnesota mientras determinamos su elegibilidad. Gracias

Head Start Staff: _____

EL EMPLEADO DEBE COMPLETAR ESTA SECCION

Empleado: _____ Número de seguro social _____

Dirección: _____ Número telefónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de la compañía: _____

Dirección del trabajo: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número Telefónico del trabajo: _____ Número de fax: _____

Mi firma autoriza comprobación de mi información de empleo y sueldos. Usted por la presente es autorizado a proporcionar toda la información solicitada en la indagación.

La firma del empleado: _____ Fecha: _____

EMPLOYER MUST COMPLETE THIS SECTION

Employee's Title: _____

Date of Hire _____ Last date of employment: _____

Total monthly gross (before any taxes or deductions) income from this company for the months of:

| <u>MONTH(S)</u> | <u>GROSS INCOME</u> |
|-----------------|---------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Company Name, Logo or Stamp Here:

Completed by: (print) _____ Phone Number: _____

Signature: _____ Date: _____