



DETALLE DE SALARIOS

Formulario del Estado 57100 (R / 7-21)
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y DE FAMILIA
PROGRAMA DE VALES DEL FONDO PARA EL DESARROLLO Y CUIDADO INFANTIL
(CCDF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Este formulario no puede aceptarse sin el número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) y/o una tarjeta comercial.

SECCIÓN SOBRE EL SOLICITANTE / COSOLICITANTE: *para que complete el empleado.*

Por la presente autorizo y le solicito que brinde la información que se pide a continuación al Fondo para el Desarrollo y Cuidado de Niños. La información es necesaria para determinar si reúno los requisitos para recibir asistencia en el cuidado infantil. Esto no pone ninguna responsabilidad sobre usted, en absoluto. Puede conservar una copia de esta autorización para su archivo.

Firma del empleado		Fecha (mes, día, año)	
Nombre en letra de imprenta del empleado	Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social	Número de teléfono ()	

SECCIÓN PARA EL EMPLEADOR: *para que complete ÚNICAMENTE el empleador.*

Brinde la siguiente información sobre la fecha de pago más reciente del empleado.

Frecuencia de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	Fecha real en que se pagó (mes, día, año)	Salario bruto pagado	Total de horas trabajadas	Número de cheque (si se presenta un cheque cancelado)
¿La persona sigue siendo empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es No, último día que trabajó (mes, día, año)		
Nombre del empleador				
Dirección del empleador (número y calle, ciudad, estado y código postal)				
Número telefónico de la empresa ()	Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés)		<i>También puede adjuntar su tarjeta de negocios.</i>	
Firma del empleador			Fecha en la que se completó (mes, día, año)	
Nombre en letra de imprenta		Cargo		