



Administration Office

2501 S. Pullman Street, Ste. 100 • Santa Ana, CA 92705 • 714-241-8920 • efax 714-640-2332

FULL TIME EMPLOYMENT VERIFICATION FORM
FORMA DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO DE TIEMPO COMPLETO

Child's Name Nombre del niño: D.O.B Fecha de Nacimiento:

Center Name Nombre del Centro:

Parent Consent Consentimiento Del Padre

Orange County Head Start, Inc. must verify your employment prior to determining if your child is eligible for a full day program. If we are not allowed to contact your employer, you may not qualify for full day services.

May we contact this employer for verification purposes? ¿Podemos comunicarnos con este empleador para fines de verificación?

YES SI NO

Parent Signature Firma Del Padre Date Fecha

MUST BE COMPLETED BY EMPLOYER ONLY/ EL FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

Employee Name: Job Description:
Nombre de Empleado Descripción de Trabajo

WORK SCHEDULE TRAINING SCHEDULE Hire Date Fecha que comenzó a trabajar:
Horario de Trabajo Horario de Entrenamiento

PLEASE FILL IN ALL HOURS AND DAYS EMPLOYEE WORKS ON A REGULAR BASIS
POR FAVOR ANOTE LAS HORAS Y DIAS REGULARES DE TRABAJO DE SU EMPLEADO

Table with 6 columns: Days (Días), Monday (Lunes), Tuesday (Martes), Wednesday (Miércoles), Thursday (Jueves), Friday (Viernes). Rows include Work begins at (Empieza a Trabajar) and Work ends at (Termina de Trabajar).

Total Number of Hours Worked Monday through Friday only:
Solamente el número de horas en total que trabaja de lunes a viernes

I certify to the best of my knowledge that the above information is true and correct.
Yo certifico que a lo mejor de mi conocimiento que la información anterior es verdadera y correcta.

Business Name Nombre de la Compañía Phone Teléfono Fax

Business Address Domicilio de la Compañía City Ciudad Zip Code Código Postal

Manager or Supervisor Name (please print) Manager or Supervisor Signature Date Fecha
Nombre del Gerente o Supervisor Firma del Gerente o Supervisor