



Wake ThreeSchool Employment Verification Form

Nombre de Niño: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Verificación de Empleo para (*Nombre del Empleado*): _____

El empleado ha estado empleado desde: ____/____/____

El empleado tiene un (*seleccione una*):

- ☐ Puesto de tiempo completo (40 horas trabajadas por semana o más)
- ☐ Puesto de tiempo parcial (25 horas trabajadas por semana o menos)

Frecuencia de pago de los empleados (*seleccione una*):

- ☐ Semanal
- ☐ Quincenal/Dos Veces al Mes
- ☐ Mensual

Tasa de sueldo (*proporcione uno*):

- ☐ Por Hora \$ _____
- ☐ Salario Anual \$ _____

Nombre del Empleador/Supervisor: _____

Título del Empleador/Supervisor: _____

Número de Teléfono del Empleador/Supervisor: _____

Correo Electrónico del Empleador/Supervisor: _____

Firma del Empleador/Supervisor: _____

Fecha: ____/____/____

Si se necesita más información o aclaración, el personal de Wake ThreeSchool se pondrá en contacto con usted.