



Summit County Childcare Tuition Assistance



EMPLOYMENT, INCOME AND WORK SCHEDULE VERIFICATION

(Copy this page for all employers - Do NOT fill it out if you are self-employed, or a contracted employee)

TO BE COMPLETED BY APPLICANT:

Employee Name: _____ Employer Name: _____

Employer Address: _____

Applicant Release Statement

I hereby authorize the release of the following information in order to determine my eligibility for the Summit County Childcare Tuition Assistance.

Signature: _____ Date: _____

TO BE COMPLETED BY EMPLOYER:

The above-signed employee has applied to the Summit County Childcare Tuition Assistance. The program guidelines require employer verification of employment, income and work schedule. Please complete the following information and return to your employee as soon as possible.

Your assistance in completing this form accurately and timely is greatly appreciated!

Position or Title: _____ Date of Hire: _____

Compensation Information							
Hourly wages \$ _____ or salary \$ _____ monthly/annual					Numbers of hours/week _____		
Year to date gross earnings \$ _____				Through (date) _____			
This position is seasonal		Start Date _____		End Date _____			
Overtime Information							
Hourly overtime wages \$ _____				Is overtime seasonal? YES NO			
Number of overtime hours/week _____				Number of weeks of overtime/year _____			
Additional Compensation Information							
Tips/Week \$ _____				Comments:			
Bonuses, Commissions or Other Types \$ _____							
Work Schedule							
Days	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
Hours							
Variable Schedule: NO YES, explain:							

Signature of Employer/Supervisor: _____ Title: _____

Printed Name of Employer/Supervisor: _____ Date: _____

Phone: _____ Supervisor E-mail: _____

Summit County Childcare Tuition Assistance Applicant: Please scan and upload this in your online application. If you have questions, please contact Summit County Childcare Tuition Assistance Administrator at summitprek@earlychildhoodoptions.org or 970.406.3060

Forma de Verificación de Horario de Trabajo, Ingresos y Empleo

(Copie esta página para todos los empresarios - NO la rellene si es usted autónomo, o un empleado contratado)

Esta parte debe ser completada por el SOLICITANTE

Nombre del Empleado: _____ Nombre del empleador: _____

Dirección Física del Empleador: _____

Declaración de exención de responsabilidad del solicitante

Por la presente autorizo la divulgación de la siguiente información con el fin de determinar mi elegibilidad para la Asistencia de Matrícula de Cuidado de Niños del Condado de Summit.

Firma: _____ Fecha: _____

Esta parte debe ser completada por el EMPLEADOR

El empleado arriba firmado ha solicitado el Crédito de Matrícula de Pre-Kindergarten de Summit. Las pautas del programa requieren verificación de empleo, ingresos y horario de trabajo por parte del empleador. Por favor complete la siguiente información y devuélvala a su empleado tan pronto como sea posible.

Apreciamos su colaboración en completar este formulario adecuadamente y lo antes posible.

Cargo o Título: _____ Fecha de Contratación: _____

Información sobre compensación							
Salario por hora \$ _____ o salario \$ _____ mensual/anual Número de horas/semana _____							
Ingresos brutos en lo que va de año \$ _____				Hasta (fecha) _____			
Este puesto es estacional		Fecha de inicio _____		Fecha final _____			
Información sobre las horas extraordinarias							
Salario por horas extraordinarias \$ _____				¿Las horas extraordinarias son estacionales?			
Número de horas extraordinarias/semana _____				Número de semanas de horas extraordinarias/año _____			
Información adicional sobre compensación							
Consejos/semana \$ _____				Comentarios:			
Bonificaciones, comisiones u otros tipos \$ _____							
Horario de trabajo							
Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horas							
Horario variable: NO Sí, explique:							

Firma del empleador/supervisor: _____ Título: _____

Nombre en letra de imprenta del empleador/supervisor: _____ Teléfono _____

Correo electrónico del supervisor: _____ Fecha: _____

Solicitante de Crédito de Matrícula de Summit Pre-K: Por favor escanee y cargue esto en su solicitud en línea. Si usted tiene preguntas, por favor póngase en contacto con Summit Pre-K Administrador del Programa en summitprek@earlychildhoodoptions.org o 970-406-3067