

CUESTIONARIO DE EMPLEO

Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____
Nombre de Trabajador(a): _____
Numero de Trabajador(a): _____
Número Telefónico: _____
Fecha: _____

Ud. debe completar, firmar y fechar esta forma y enviarla de regreso a mas tardar: _____

Pueso que _____ esta ahora empleado o ha cambiado de trabajos, necesitamos la siguiente información: _____

Fecha que comenzó el empleo: _____ Título del Empleo: _____

Nombre del empleador, dirección y número telefónico: _____

Es éste un trabajo temporal de agricultura? Sí No

¿Cuántas horas trabaja? Por Día: _____ Por Semana: _____

Con qué frecuencia recibe cheques de pago? (marque una)

- Semanal Qué día de la semana? _____
- Cada otra semana Qué día de la semana? _____
- Dos veces al mes Qué fechas? _____

Cuánto le pagan a Ud.? \$ _____ por hora \$ _____ por semana \$ _____ por mes

Recibe propinas? Sí, cantidad estimada por semana \$ _____ No

Fecha en que recibirá su primer cheque de pago? _____

Paga Ud. por cuidado de niños debido a su trabajo? Sí No

Si es así, el proveedor tiene licencia or está exento? Con licencia Exento

Nombre del Niño	Edad	Cantidad Pagada	Frecuencia

Tiene Ud. cobertura de seguro médico a través de su empleador? Sí No

Tiene Ud. cobertura de seguro dental a través de su empleador? Sí No

Si es así, indique los miembros de su familia que están cubiertos: _____

Paga por la prima de seguro médico? Sí: ¿Cuánto paga y con que frecuencia? _____
 No

Firma de la Persona Empleada

Fecha en que se Firmó