



Periodo de Actividades:

Child Care Provider Form (Niñera que trabaja en casas de familia)
Año del Programa: Septiembre 2009-Agosto 2010

1. Recuerde, sólo horas trabajadas pueden ser contadas si los ingresos estuvieron sujetos a impuestos.
2. La persona para la que usted trabaja debe proporcionar el Employer ID Number (EIN).
3. Si tiene más de un empleador, por favor llene formularios adicionales.

Detalles Sobre el Empleado

Nombre de Pila:	Apellido:	No. De ID Familiar:
-----------------	-----------	---------------------

Employer Details / Detalles Sobre el Empleador

Name / Nombre de Pila:	Last Name / Apellido:
Address / Dirección:	Phone Number / Número de Teléfono:
EMPLOYER ID NUMBER (EIN): Note/ Nota: In order to process this form the EIN must be provided / Para poder procesar este formulario el EIN debe ser proporcionado	

To Be Filled Out by Your Employer/ Para Ser Completado por Su Empleador

Income Details / Detalles sobre los ingresos

Week / Semana		No. of Hours Worked / No. de Horas Trabajadas	Gross Income / Ingreso Bruto
1. From:	To:		
2. From:	To:		
3. From:	To:		
4. From:	To:		
5. From:	To:		
6. From:	To:		
7. From:	To:		
8. From:	To:		
TOTAL:			

Employer Declaration / Declaración del Empleador

I declare that the information I have given on this form is correct and complete

Signature: _____ Name: _____ Date: _____

Declaración del Empleado

Yo declaro que la información suministrada en este formulario es correcta y completa

Firma: _____ Nombre: _____ Fecha: _____