



**Office of Early Childhood**

# Verification of Hours/Verificación de Horas

For use with CCAP B-3 Seats, Early Childhood Education Fund, LA4, or NSECD Publicly Funded Seat Programs

---

**Nombre del niño(a):** \_\_\_\_\_ **Escuela:** \_\_\_\_\_

Si trabaja menos de 40 horas a la semana de manera regular, por favor pida a su empleador que complete el resto del formulario a continuación.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del empleador/compañía::** \_\_\_\_\_

**Nombre del empleado** \_\_\_\_\_

**Promedio de horas trabajadas por semana:** \_\_\_\_\_

**Tasa de pago:** \_\_\_\_\_

- Certifico que la información anterior que he proporcionado sobre mis ingresos es verdadera, y que cualquier declaración falsa o tergiversación podría afectar la elegibilidad de mi hijo(a) para participar en un programa de educación temprana financiado con fondos públicos.*

**Firma del empleado:** \_\_\_\_\_

**Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del empleador:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_