

Forma de Cambio de Empleo

CAMBIO DE LUGAR DE EMPLEO

Nota: Si su nombre ha cambiado, debe enviar una copia de su nueva tarjeta de seguro social con su nombre completo actualizado y el formulario W9, a fin de poder emitir legalmente su cheque de incentivos.

Fecha en que está llenando esta forma: _____

Nombre: _____

Dirección de su domicilio particular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono Particular: _____

Dirección de Correo electrónico: _____

LUGAR DE EMPLEO ANTERIOR

Lugar de Empleo Anterior: _____ Ultimo día en el Empleo: _____

NUEVO LUGAR DE EMPLEO

Nuevo Lugar de Empleo: _____ EIN#: _____

Dirección del Nuevo Lugar de Empleo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono del Nuevo Lugar de Empleo: _____

Por favor marque la categoría que mejor describe su lugar de trabajo:

- Centro de Cuidado Infantil (13 o más niños) Cuidado Infantil en Hogar de Familia (1-6 niños)
 Cuidado Infantil en Grupo (7-12 niños) Proveedor con parentesco

Su puesto actual (marque aquél que mejor describe su puesto)

- Director Asistente de Profesor Proveedor con Parentesco
 Asistente del Director Proveedor en Grupo Otro
 Profesor Proveedor en Familia

Edades de los niños bajo su cuidado: (marque todos los grupos de edades a su cargo)

- Del Nacimiento a 12 meses Niños de 13 a 30 meses Preescolar (31 meses a 5 años)
 De edad escolar (5 - 6 años) De edad escolar (6 - 12 años)

Firma del Solicitante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

VERIFICACION DE EMPLEO

Nota: Esta forma debe ser completada por el Director o Supervisor Actual del Trabajador con información sobre el empleo actual. Si usted es propietario del Centro o bien si opera un Programa de Cuidado Infantil en Familia, complete esta forma usted mismo.

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre del Negocio: _____

Nombre del Solicitante: _____

Puesto: _____ ? _____

Fecha de Inicio en el Empleo Actual: _____ ? Salario por hora Actual: _____

¿Cuántas horas por semana O por año trabaja el solicitante directamente con niños, personal y padres?
_____ O _____
Semana Año

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

El puesto actual del solicitante ¿cumple con los siguientes criterios para recibir incentivos de IdahoSTARS? Si No

- Está registrado en el Sistema para el Desarrollo Profesional de IdahoSTARS
- Trabaja en un programa de cuidado infantil en el estado de Idaho que ofrece cuidado infantil mientras los padres trabajan o asisten a la escuela
- Trabaja en un programa de cuidado infantil cuyo horario de operación va más allá del horario del preescolar o escolar (K-6 grado)
- Trabaja con niños, con personal y padres un mínimo de 15 horas por semana o 780 horas por año.

FIRMA

He revisado la información del solicitante y del empleador proporcionada en esta forma y certifico que esta información es verdadera y correcta conforme a mi conocimiento.

Firma del Director/Supervisor: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

Número Telefónico: _____

<input type="checkbox"/> Programa en ICCP	<input type="checkbox"/> Verificado en Steps to Quality
---	---

Envíe Esta Forma y la Documentación de Apoyo a:

IdahoSTARS
Attn: PDS Registry
4355 W Emerald St., Ste 250
Boise, ID 83706-2072
FAX: 208-345-6569
Email: pds@idahoaeyc.org

Recuerde Adjuntar:

- Licencia del Programa de Cuidado Infantil
- Licencia de Trabajador de Cuidado Infantil(Si aplica)
- Tarjeta de RCP Pediátrica/Primeros Auxilios Pediátricos

