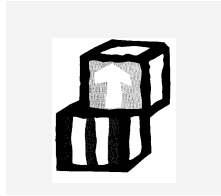




**Por favor regrese a:**  
**CAP AGENCY HEAD START**  
 2496 145<sup>th</sup> St. West  
 Rosemount, MN 55068  
 PHONE 651-322-3500 FAX 651-322-3555



## SOLICITE PARA LA COMPROBACION DEL EMPLEO

*A Quien Concierno:*

Tenemos que verificar los ingresos de todos los solicitantes que aplican para nuestro Programa de Head Start. El aplicante nombrado abajo ha indicado que él/ella esta/estaba recibiendo los ingresos de su agencia en los últimos 12 meses. Suministre por favor la información solicitada abajo lo antes posible. Toda la información es protegida bajo el Data Privacy Act (Acto de Privacidad de Datos) de Minnesota mientras determinamos su elegibilidad. Gracias

Head Start Staff: \_\_\_\_\_

### EI EMPLEADO DEBE COMPLETAR ESTA SECCION

Empleado: _____		Número de seguro social _____	
Dirección: _____		Número telefónico: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____	
Nombre de la compañía: _____			
Dirección del trabajo: _____			
Ciudad, Estado, Código postal: _____			
Número Telefónico del trabajo: _____		Número de fax: _____	
<p>Mi firma autoriza comprobación de mi información de empleo y sueldos. Usted por la presente es autorizado a proporcionar toda la información solicitada en la indagación.</p>			
La firma del empleado: _____		Fecha: _____	

### EMPLOYER MUST COMPLETE THIS SECTION

Employee's Title: _____		Date of Hire _____		Last date of employment: _____	
Total monthly gross (before any taxes or deductions) income from this company for the months of:					
<b><u>MONTH(S)</u></b>	<b><u>GROSS INCOME</u></b>	<b>Company Name, Logo or Stamp Here:</b> <div style="border: 1px dashed black; height: 60px; width: 100%;"></div>			
_____	_____				
_____	_____				
Completed by: (print) _____		Phone Number: _____			
Signature: _____		Date: _____			