



(Complea Solo Si Se Paga Efectiuo O Cheque Personal)

Nombre del Niño's: _____

To: Shalonda Holley NC Pre-K Coordinator
109 Park Avenue West Wilson, NC 27893

Este Formulario Debe Ser Completado Por El Empleador

Nombre del Empleado: _____

Esta persona ha aplicado para el programa de Pre-Kindergarten de Norte Carolina. Al firmar éste formulario él o ella ha dado permiso a Wilson County Partnership for Children de contactarlo a usted para verificar la informacion de verificacion de salarios.

Por favor verifique la informacion de empleo por _____.

Por Favor Contesta Todas Las Siguietes Preguntas Abajo

- Esta persona está actualmente empleada por ti o tu compañía? Si No
- Por favor completa la siguiente informacion por los mese de: _____
(Por favor enlista los meses)

Fecha de Pago Recibida Mes Y dia	Numero de Horas Trabajadas	Tasa de Pago Por Hora	Pago Bruto

- Que tan seguido recibe su pago?
 Diario Semanal Cada dos Semanas Dos Veces al mes Mensual Otro

