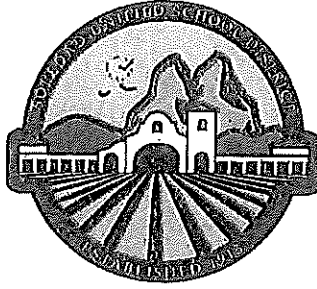


Soledad Unified School District

MEMBERS OF THE BOARD

Javier Galvan, *President*
Alfredo Flores, *Vice President*
Jess Barreras, *Clerk*
Monica Pantoja, *Trustee*
Josie Perez-Aguilera, *Trustee*



ADMINISTRATION

Timothy J. Vanoli
Superintendent

Randy Bangs
*Associate Superintendent of
Educational Services*

1261 Metz Rd., Soledad, CA 93960

SOLEDAD UNIFIED SCHOOL DISTRICT STATE PRESCHOOL PROGRAM

The Soledad Unified School District is establishing an eligibility list for the 2020-2021 Preschool Classes, for children who will be 3 or 4 years old on or before September 1, 2020.

Eligibility will be determined according to State of California Income Guidelines. To determine if your child qualifies please bring the following information to the Preschool Office at 1303 Metz Road from 8:00 a.m to 4:30 p.m Monday through Friday. For more information please call (831) 678-3987.

1. Paycheck Stubs for the last 4 weeks
2. Birth Certificates for ALL children in the family
3. Child Immunization Record/TB test
4. Physical for child (Most Recent Physical)
5. Verification of Residency (Receipt from PG&E, Water, Home phone bill)
6. Release Authorization for Employment Verification

License #270710459, 270710469, 274408917

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SOLEDAD PROGRAMA PREESCOLAR DEL ESTADO

El Distrito Escolar Unificado de Soledad está estableciendo una lista de elegibilidad para las clases Preescolar del año 2020-2021, para los niños/as que cumplirán 3 o 4 años antes del 1 de Septiembre, 2020.

Elegibilidad es determinada de acuerdo con la Guía de Ingresos del Estado de California. Para determinar si su niño/a califica necesita traer la siguiente información a la Oficina de Preescolar, 1303 Metz Road, entre las 8:00 de la mañana hasta las 4:30 de la tarde. Para más información favor de llamar al (831) 678-3987.

1. Talones de cheques de todos los ingresos recibidos las últimas 4 semanas
2. Certificados de Nacimiento para TODOS los niños en la familia
3. Tarjeta de Vacunas /Prueba de Tuberculosis
4. Físico del niño/a (Ultimo Físico que haya tenido)
5. Verificación de Residencia (Recibo de PG&E, Agua, o Teléfono de casa)
6. Autorización de Liberación para Verificación de Empleo

Número de Licencia #270710459, 270710469, 274408917



CALIFORNIA STATE PRESCHOOL PROGRAM

FAMILY APPLICATION

Instructions:

Application Date: _____

1. Please provide ONLY your family information, DO NOT include relatives also living in household
2. If the space in this form is not enough, please write on additional paper.
3. Include your children under 18yrs if still living at home, even if they do not require child care.
4. If you need any assistance please call our Office at (831) 678-3987

Family Size and Income

Family Size (1 Parent/ 2 Parents)+(Children)	_____	Gross Monthly Family Income (All income sources in household)	_____
---	-------	--	-------

Household Information

Address	City/State	Zip Code
_____	_____	_____

Parent or Guardian A

First Name	MI	Last Name	Home Phone	Work Phone	Ok to call work?
_____	_____	_____	_____	_____	Y / N

Message/Cell Phone	Please circle best phone to call	E-Mail
_____	Home/Work/Message or Cell	_____

Employment/Education or Training Information					
Name:			Address: City/State/Zip		
Gender	Married	Single	Date of Birth	Do you speak English?	Languages Spoken at Home
M / F	Y / N	Y / N	_____	Y / N	_____

Parent or Guardian B

First Name	MI	Last Name	Home Phone	Work Phone	Ok to call work?
_____	_____	_____	_____	_____	Y / N

Message/Cell Phone	Please circle best phone to call	E-Mail
_____	Home/Work/Message or Cell	_____

Employment/Education or Training Information					
Name:			Address: City/State/Zip		
Gender	Married	Single	Date of Birth	Do you speak English?	Languages Spoken at Home
M / F	Y / N	Y / N	_____	Y / N	_____



Need for Child Care

(Please select all that apply one for each parent in household)

	Parent A	Parent B
Incapacitated due to medical or psychiatric special needs		
Working		
Receiving Education or Training		
Actively seeking employment		
Actively seeking permanent housing		
Migrant Worker		
Teen Parent		
Child Protective Services		

Income Sources (write in dollar amount per month for each source)

	Parent A	Parent B
Work/Employment	\$	\$
Child Support received	\$	\$
Spousal Support received	\$	\$
State Disability	\$	\$
Unemployment Benefits	\$	\$
Sales/Work Commissions	\$	\$
Public Assistance/TANF/Cash Aid	\$	\$
Other	\$	\$
Child Support paid out	\$	\$

Children Information

Please enter all your children under the age of 18 living in household

Need Services		First Name	Last Name	Date of Birth	Gender	Family Type (Normal/ Foster/ Guardian)
Y/N	1				M/F	N/F/G
Y/N	2				M/F	N/F/G
Y/N	3				M/F	N/F/G
Y/N	4				M/F	N/F/G
Y/N	5				M/F	N/F/G
Y/N	6				M/F	N/F/G
Y/N	7				M/F	N/F/G

If child has Special Needs, please describe:

Provider Info

Preferred Site:

<input type="checkbox"/> Gabilan State Preschool	<input type="checkbox"/> Metz Road State Preschool	<input type="checkbox"/> San Vicente State Preschool
<input type="checkbox"/> AM Session	<input type="checkbox"/> AM Session	<input type="checkbox"/> AM Session
<input type="checkbox"/> PM Session	<input type="checkbox"/> PM Session	<input type="checkbox"/> PM Session



PROGRAMA PREESCOLAR DEL ESTADO DE CALIFORNIA SOLICITUD DE FAMILIA

Instrucciones:

Fecha de Aplicacion: _____

1. Favor de proporcionar la informacion de su familia solamente
2. Si el espacio en esta aplicacion no es suficiente, escriba en hojas adicionales.
3. Incluya a todos sus hijos/hijas menores de 18 años que vivan con usted, aunque no necesiten los servicios.
4. Si necesita asistencia para llenar la aplicacion, favor llamarnos al: (831) 678-3987

Tamaño de su familia e ingresos

Tamaño de familia (1 Padre/ 2 Padres)+(Niños)	_____	Ingresos por mes (bruto) (Total de todas fuentes de ingresos)	_____
--	-------	--	-------

Informacion de su hogar

Direccion	Ciudad/Estado	Codigo Postal
-----------	---------------	---------------

Madre/Padre o Guardian A

Nombre	Apellido	Telefono de Casa	Telefono del Trabajo	¿Llamar a trabajo?
				SI / No
Telefono Celular	Circule mejor numero para llamar		Correo Electronico	
	Casa/ Trabajo/ Celular			

Informacion de Empleo/ Escuela o Entrenamiento

Nombre	Direccion: Ciudad/Estado/Codigo Postal				
Sexo	Casado	Soltero	Fecha de Nacimiento	¿Habla Usted Ingles?	Idiomas hablados en casa
M / F	SI / No	SI / No		SI / No	

Madre/Padre o Guardian B

Nombre	Apellido	Telefono de Casa	Telefono del Trabajo	¿Llamar a trabajo?
				SI / No
Telefono Celular	Circule mejor numero para llamar		Correo Electronico	
	Casa/ Trabajo/ Celular			

Informacion de Empleo/ Escuela o Entrenamiento

Nombre	Direccion: Ciudad/Estado/Codigo Postal				
Sexo	Casado	Soltero	Fecha de Nacimiento	¿Habla Usted Ingles?	Idiomas hablados en casa
M / F	SI / No	SI / No		SI / No	



Necesidad que demuestre que necesita ayuda con el cuidado de sus hijos/hijas

Por favor marque por cada padre

Incapacidad debido a razones medicas o psiquiatricas _____

Esta trabajando _____

Esta Estudiando o recibiendo Entrenamiento _____

Esta buscando trabajo activamente _____

Esta buscando casa activamente _____

Es un trabajador en la agricultura/ trabajador migrante _____

Es un padre adolescente _____

Tiene una referencia del Departamento de Servicios Sociales de Proteccion al Niños (CPS) _____

Padre A	Padre B

Ingresos mensuales - determine todos sus ingresos.-

Trabajo/Empleo/Negocio _____

Manutencion de niños Recibido/Child Support _____

Manutencion de Esposa/Esposo/ Spousal support _____

Incapacidad de Estado _____

Beneficios de Desempleo _____

Ventas/Comisiones _____

Asistencia Publica/ TANF/ Asistencia Monetaria _____

Otro _____

Manutencion de niños Pagado/Child Support _____

Padre A	Padre B
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$

Informacion de Todos sus hijos/hijas

Por favor incluya a todos sus hijos/hijas menores de 18 años que vivan con Usted

Necesita Cuidado	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Tipo de Familia (Normal/ Foster/ Guardian)
S/N	1			M/F	N/F/G
S/N	2			M/F	N/F/G
S/N	3			M/F	N/F/G
S/N	4			M/F	N/F/G
S/N	5			M/F	N/F/G
S/N	6			M/F	N/F/G
S/N	7			M/F	N/F/G

Si su hijo/hija tiene Necesidades Especiales, porfavor de una descripción:

Información de su Proveedor Preferido

Preescolar del Estado Gabilan Estado Metz Road Estado San Vicente

[] Sesión de la Mañana [] Sesión de la Mañana [] Sesión de la Mañana

[] Sesión de la Tarde [] Sesión de la Tarde [] Sesión de la Tarde

SOLEDAD UNIFIED SCHOOL DISTRICT
CALIFORNIA STATE PRESCHOOL PROGRAM

RELEASE AUTHORIZATION

Title V Regulation 18084 (a) (1) (B)

PART I TO BE COMPLETED BY PARENT

DO NOT USE WHITE-OUT ON THIS FORM

EMPLOYEE NAME: _____ ()
Last First Middle Home Phone #

ADDRESS: _____ ()
Number and Street City State Zip Code Work Phone #

MY SIGNATURE AUTHORIZES MY EMPLOYER TO PROVIDE THE INFORMATION LISTED BELOW TO A REPRESENTATIVE OF THE SOLEDAD UNIFIED SCHOOL DISTRICT. PARENT MUST SUBMIT A SELF-DECLARATION IF CONTACTING YOUR EMPLOYER WILL HAVE AN ADVERSE EFFECT ON YOUR EMPLOYMENT.

Parent (Employee) Signature _____ Date Signed _____

PART II SHALL BE COMPLETED BY THE EMPLOYER (IF APPLICABLE)

(Please complete every item. Note N/A if not applicable)

DO NOT USE WHITE-OUT ON THIS FORM

COMPANY NAME: _____

COMPANY ADDRESS: _____
Number and Street City State Zip Code

Regular Business Hours: _____

This is to certify that Mr./Mrs./Ms.: _____

Job Title: _____ First Day of Employment: _____

Gross Wages: \$ _____ Per: Hour Week 2 Weeks ½ Month Month Year
(Before Taxes) (Check One)

Tips/Commissions: \$ _____ Per: Hour Week 2 Weeks ½ Month Month Year
(Check One)

Bonus: \$ _____ Per: Hour Week 2 Weeks ½ Month Month Year

How Often is the Employee Paid: Weekly 2 Times Per Month Every Other Week Monthly Hourly
(24 pay periods per year) (26 pay periods per year)

COMMENTS: _____

I the undersigned, certify under penalty of perjury that the information entered on this form is true and complete to the best of my knowledge and can be verified by a representative of the Soledad Unified School District.

Employer Signature _____ Date _____

Printed Name and Position/Title _____ Employer Phone Number _____

OFFICE USE: Verified By: _____ Date: _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SOLEDAD
PROGRAMA PREESCOLAR DEL ESTADO DE CALIFORNIA
AUTORIZACION DE LIBERACION

Título 5 Regulacion de Necesidad 18086

PARTE I DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE

NO UTILICE CORRECTOR EN ESTE FORMULARIO

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ ()
Apellido *Nombre* *Inicial* *# de Teléfono del Hogar*

DOMICILIO: _____ ()
Número y Calle *Ciudad* *Estado* *Código Postal* *# de Teléfono del Trabajo*

Mi firma le da autorización a mi empleador en proveer la información alistada abajo a un representante del Distrito Escolar Unificado de Soledad. Los padres deberán de entregar una Auto-Declaración si el contactar a su empleado le ocasione un efecto adverso en su empleo.

Firma del Padre

Fecha de Firma

PARTE II DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR (SI ES APLICABLE)

(Por favor complete cada artículo. Anote N/A si no es aplicable)

NO UTILICE CORRECTOR EN ESTE FORMULARIO

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

DOMICILIO DE LA EMPRESA: _____
Número y Calle *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Horas Regular de la Empresa: _____

La siguiente información certifica los datos de empleo del Sr. / Sra.: _____

Título de Empleo: _____ Primer Día de Empleo: _____

Sueldo en Bruto: \$ _____ (Antes de Impuestos) **Por:** Hora Semana 2 Semanas ½ Mes Mes Anual
(Marque Uno)

Propinas/Comisiones: \$ _____ **Por:** Hora Semana 2 Semanas ½ Mes Mes Anual
(Marque Uno)

Bonos: \$ _____ **Por:** Hora Semana 2 Semanas ½ Mes Mes Anual
(Marque Uno)

El Sueldo se Paga al Empleado: Semanalmente 2 Veces Al Mes Cada 2 Semanas Mensualmente Por Hora
(24 periodos de pago por año) (26 periodos de pago por año)

COMENTARIOS: _____

YO EL SUSCRITO, CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LA INFORMACIÓN ESCRITA EN ESTE FORMULARIO ES, A MI ENTENDER, VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA, Y PUEDE SER VERIFICADA POR UN REPRESENTANTE DEL DISTRITO.

Firma del Empleador

Fecha de Firma

Nombre en Letra de Molde y Posición/Título

Número de Teléfono del Empleador

OFFICE USE: Verificado por: _____ Fecha: _____

SOLEDAD UNIFIED SCHOOL DISTRICT
CALIFORNIA STATE PRESCHOOL PROGRAM

RELEASE AUTHORIZATION

Title V Regulation 18084 (a) (1) (B)

PART I TO BE COMPLETED BY PARENT

DO NOT USE WHITE-OUT ON THIS FORM

EMPLOYEE NAME: _____ ()
Last First Middle Home Phone #

ADDRESS: _____ ()
Number and Street City State Zip Code Work Phone #

MY SIGNATURE AUTHORIZES MY EMPLOYER TO PROVIDE THE INFORMATION LISTED BELOW TO A REPRESENTATIVE OF THE SOLEDAD UNIFIED SCHOOL DISTRICT. PARENT MUST SUBMIT A SELF-DECLARATION IF CONTACTING YOUR EMPLOYER WILL HAVE AN ADVERSE EFFECT ON YOUR EMPLOYMENT.

Parent (Employee) Signature _____ Date Signed _____

PART II SHALL BE COMPLETED BY THE EMPLOYER (IF APPLICABLE)

(Please complete every item. Note N/A if not applicable)

DO NOT USE WHITE-OUT ON THIS FORM

COMPANY NAME: _____

COMPANY ADDRESS: _____
Number and Street City State Zip Code

Regular Business Hours: _____

This is to certify that Mr./Mrs./Ms.: _____

Job Title: _____ First Day of Employment: _____

Gross Wages: \$ _____ (Check One)
Before Taxes Per: Hour Week 2 Weeks ½ Month Month Year

Tips/Commissions: \$ _____ (Check One)
Per: Hour Week 2 Weeks ½ Month Month Year

Bonus: \$ _____ Per: Hour Week 2 Weeks ½ Month Month Year

How Often is the Employee Paid: Weekly 2 Times Per Month Every Other Week Monthly Hourly
(24 pay periods per year) (26 pay periods per year)

COMMENTS: _____

I, the undersigned, certify under penalty of perjury that the information entered on this form is true and complete to the best of my knowledge and can be verified by a representative of the Soledad Unified School District.

Employer Signature _____ Date _____

Printed Name and Position/Title _____ Employer Phone Number _____

OFFICE USE: Verified By: _____ Date: _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SOLEDAD
PROGRAMA PREESCOLAR DEL ESTADO DE CALIFORNIA
AUTORIZACION DE LIBERACION

Título 5 Regulacion de Necesidad 18086

PARTE I DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE

NO UTILICE CORRECTOR EN ESTE FORMULARIO

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ ()
Apellido Nombre Inicial # de Teléfono del Hogar

DOMICILIO: _____ ()
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal # de Teléfono del Trabajo

MI firma le da autorización a mi empleador en proveer la información alistada abajo a un representante del Distrito Escolar Unificado de Soledad. Los padres deberán de entregar una Auto-Declaración si el contactar a su empleado le ocasione un efecto adverso en su empleo.

Firma del Padre

Fecha de Firma

PARTE II DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR (SI ES APLICABLE)
(Por favor complete cada artículo. Anote N/A si no es aplicable)

NO UTILICE CORRECTOR EN ESTE FORMULARIO

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____

DOMICILIO DE LA EMPRESA: _____
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Horas Regular de la Empresa: _____

La siguiente información certifica los datos de empleo del Sr. / Sra.: _____

Título de Empleo: _____ Primer Día de Empleo: _____

Sueldo en Bruto: \$ _____ (Antes de Impuestos) Por: (Marque Uno) Hora Semana 2 Semanas ½ Mes Mes Anual

Propinas/Comisiones: \$ _____ Por: (Marque Uno) Hora Semana 2 Semanas ½ Mes Mes Anual

Bonos: \$ _____ Por: (Marque Uno) Hora Semana 2 Semanas ½ Mes Mes Anual

El Sueldo se Paga al Empleado: (Marque Uno) Semanalmente 2 Veces Al Mes Cada 2 Semanas Mensualmente Por Hora
(24 periodos de pago por año) (26 periodos de pago por año)

COMENTARIOS: _____

YO EL SUSCRITO, CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LA INFORMACIÓN ESCRITA EN ESTE FORMULARIO ES, A MI ENTENDER, VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA, Y PUEDE SER VERIFICADA POR UN REPRESENTANTE DEL DISTRITO.

Firma del Empleador

Fecha de Firma

Nombre en Letra de Molde y Posición/Título

Número de Teléfono del Empleador

OFFICE USE: Verificado por: _____ Fecha: _____

SOLEDAD UNIFIED SCHOOL DISTRICT
CALIFORNIA STATE PRESCHOOL PROGRAM

DOCUMENTATION OF SELF-EMPLOYMENT

Title V 18086

TO BE COMPLETED BY PARENT (Please complete every item. Note N/A if not applicable)

DO NOT USE WHITE-OUT ON THIS FORM

I _____, declare under penalty of perjury that I am self-employed and an estimate of my days and hours of work are:

(Please indicate whether "a.m." or "p.m.")

From: _____ a.m. _____ p.m. To: _____ a.m. _____ p.m. On: ^(Check Days Worked) SUN MON TUES WED THURS FRI SAT
Time In Time Out

The Name of my Business is: _____

My Business License Number is: _____

Work: _____ Hours per Week

Number #

(Check One)

My Work Schedule is: Regular Unpredictable On Call

(Check One)

am Paid: Weekly 2 Times Per Month Every Other Week Monthly Hourly *Cash
(24 pay periods per year) (26 pay periods per year) *(Verified by my business checking account)

If Other, please explain: _____

Amount Earned Last 4 Weeks: \$ _____

I understand that as a self-employed parent, I must provide SUSD my completed and signed tax returns on a yearly basis.

I declare under penalty of perjury, under the laws of the United States of America and the State of California, that the information contained on this statement is true and correct. I understand that my signature gives Soledad Unified School District, permission to investigate and verify these statements.

Parent is unable to write. SUSD staff wrote the above statement according to parent's verbal statement and then read the statement and the declaration of perjury to the parent.

Parent Signature

Date

County Where Signed

OFFICE USE

Reasonableness of Request Verified by: _____

Date: _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SOLEDAD
PROGRAMA PREESCOLAR DEL ESTADO DE CALIFORNIA
DOCUMENTACION DE AUTOEMPLEO

Título V 18086

DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE (Por favor complete todas las secciones. Si no es aplicable, escriba N/A)

NO UTILICE CORRECTOR EN ESTE FORMULARIO

Yo, _____, declaro bajo pena de perjurio que estoy autoempleado y que mis días y horas de trabajo son aproximadamente:

(Por favor especifique "a.m." o "p.m.")

(Marque los Días de Trabajo)

De: _____ a.m. p.m. A: _____ a.m. p.m. Los: DOM LUN MAR MIE JUE VIE SAB
Entrada Salida

El Nombre de mi Negocio es: _____

Mi Número de Licencia es: _____

Trabajo: _____ Horas por Semana

Número #

(Marque Uno)

Mi Horario de Trabajo es: Regular Impredecible Cuando se me Necesita

(Check One)

Me Pagan: Semanal 2 Veces al Mes Cada 2 Semanas Mensual Por Hora *En Efectivo
(24 periodos de pago por año) (26 periodos de pago por año) * Verificado con mi Cuenta de Cheques de Negocio

Si es Otro, Por Favor Explique: _____

Cantidad Ganadas las 4 semanas pasadas: \$ _____

Entiendo que, como padre empleado por cuenta propia, debo proveerle a SUSD mis declaraciones de impuestos completas y firmadas, anualmente.

Yo declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes de los Estados Unidos de América y del estado de California, que la información escrita en ésta declaración es verdadera y correcta. Entiendo que mi firma le da a Distrito Escolar Unificado de Soledad, permiso para investigar y verificar éstas declaraciones.

El padre no puede escribir. Un empleado de SUSD escribió la anterior declaración, de acuerdo con la declaración verbal del padre y después le leyó tal declaración de perjurio al padre.

Firma del Padre

Fecha

Condado Donde se Firmó

PARA USO DE LA OFICINA

Razonabilidad de Petición Verificada por: _____

Fecha: _____

SOLEDAD UNIFIED SCHOOL DISTRICT
CALIFORNIA STATE PRESCHOOL PROGRAM

DOCUMENTATION OF SELF-EMPLOYMENT

Title V 18086

TO BE COMPLETED BY PARENT (Please complete every item. Note N/A if not applicable)

DO NOT USE WHITE-OUT ON THIS FORM

I _____, declare under penalty of perjury that I am self-employed and an estimate of my days and hours of work are:

(Please indicate whether "a.m." or "p.m.")

From: _____ a.m. _____ p.m. To: _____ a.m. _____ p.m. On: ^(Check Days Worked) SUN MON TUES WED THURS FRI SAT
Time In Time Out

The Name of my Business is: _____

My Business License Number is: _____

Work: _____ Hours per Week
Number # (Check One)

My Work Schedule is: Regular Unpredictable On Call

am Paid: Weekly 2 Times Per Month Every Other Week Monthly Hourly *Cash
(Check One) (24 pay periods per year) (26 pay periods per year) *Verified by my business checking account

If Other, please explain: _____

Amount Earned Last 4 Weeks: \$ _____

I understand that as a self-employed parent, I must provide SUSD my completed and signed tax returns on a yearly basis.

_____ declare under penalty of perjury, under the laws of the United States of America and the State of California, that the information contained on this statement is true and correct. I understand that my signature gives Soledad Unified School District, permission to investigate and verify these statements.

Parent is unable to write. SUSD staff wrote the above statement according to parent's verbal statement and then read the statement and the declaration of perjury to the parent.

Parent Signature _____ Date _____ County Where Signed _____

OFFICE USE
Reasonableness of Request Verified by: _____ Date: _____

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SOLEDAD
PROGRAMA PREESCOLAR DEL ESTADO DE CALIFORNIA
DOCUMENTACION DE AUTOEMPLEO

Título V 18086

DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE (Por favor complete todas las secciones. Si no es aplicable, escriba N/A)

NO UTILICE CORRECTOR EN ESTE FORMULARIO

Yo, _____, declaro bajo pena de perjurio que estoy autoempleado y que mis días y horas de trabajo son aproximadamente:

(Por favor especifique "a.m." o "p.m.")

(Marque los Días de Trabajo)

De: _____ a.m. p.m. A: _____ a.m. p.m. Los: DOM LUN MAR MIE JUE VIE SAB
Entrada Salida

El Nombre de mi Negocio es: _____

Mi Número de Licencia es: _____

Trabajo: _____ Horas por Semana

Número #

(Marque Uno)

Mi Horario de Trabajo es: Regular Impredecible Cuando se me Necesita

(Check One)

Me Pagan: Semanal 2 Veces al Mes Cada 2 Semanas Mensual Por Hora *En Efectivo
(24 periodos de pago por año) (26 periodos de pago por año) * Verificado con mi Cuenta de Cheques de Negocio

Si es Otro, Por Favor Explique: _____

Cantidad Ganadas las 4 semanas pasadas: \$ _____

Entiendo que, como padre empleado por cuenta propia, debo proveerle a SUSD mis declaraciones de impuestos completas y firmadas, anualmente.

Yo declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes de los Estados Unidos de América y del estado de California, que la información escrita en ésta declaración es verdadera y correcta. Entiendo que mi firma le da a Distrito Escolar Unificado de Soledad, permiso para investigar y verificar éstas declaraciones.

El padre no puede escribir. Un empleado de SUSD escribió la anterior declaración, de acuerdo con la declaración verbal del padre y después le leyó tal declaración de perjurio al padre.

Firma del Padre

Fecha

Condado Donde se Firmó

PARA USO DE LA OFICINA

Razonabilidad de Petición Verificada por:

Fecha: