



375 Lake Blvd., Ste. #100
530-241-1036; Fax 530-241-2703

INCOME VERIFICATION FROM EMPLOYER

Note to Employer: The information that you are providing will **ONLY** be used to determine income eligibility for families requesting to participate in the Head Start Program. This information will not be shared with any other organization or be used for purposes other than to determine income eligibility for Head Start services.

Note to Applicant: This form is only to be used for income verification when an applicant does not receive check stubs or other forms from employer to document income.

I, _____
Authorized Employer Representative's Name and Title

certify that _____
Parent/Employee

has been employed at _____
Employer/Company Name

located at _____
Company Address

for the following period:

_____ to _____
Identify the Month, Day, and Year employee was first hired. If employee is still employed still with company; write present. Otherwise identify the month, day and year the employee was terminated.

The total gross earnings for the previous 12 months or prior calendar year are:

\$ _____. These gross earnings are for the following time period:

_____ to _____
Month, Day, Year Month, Day, Year

Employer's Signature Date

Contact Number

SHS: Verified by _____ Date: _____



375 Lake Blvd., Ste. #100
530-241-1036; Fax 530-241-2703

VERIFICACIÓN DE INGRESO POR EL EMPLEADOR

Nota al Empleador: La información que usted está proporcionando **SOLAMENTE** será usada para determinar la elegibilidad de los ingresos para las familias que están solicitando participar en el programa de Head Start. Esta información no se compartirá con otra organización o será usada para otros propósitos que no sean la determinación de la elegibilidad de los ingresos para los servicios en Head Start.

Nota para los que Solicitan: Esta forma es solamente para ser usada para la verificación de los ingresos cuando el solicitante no recibe talones de cheque/boletas de pago u otras formas de su empleador para documentar los ingresos.

Yo, _____
Nombre del Representante Autorizado por el Empleador y Título

Certifico que _____
Padre/Empleado

Ha sido empleado en _____
Empleador/Nombre de la Compañía

Ubicada en _____
Dirección de la Compañía

Por el siguiente período:

_____ hasta _____
Identificar el Mes, Día y Año en que fue contratado. Si el empleado sigue con la compañía; escribir hasta el presente. De otra forma identificar el Mes, Día y Año en que el empleado fue despedido o terminado.

Las ganancias brutas totales de los últimos 12 meses o año anterior son:

\$ _____. Estas ganancias brutas son por el siguiente período:

_____ a _____
Mes, Día, Año Mes, Día, Año

Firma del Empleador

Fecha

Número de Teléfono de Contacto

SHS: Verificado por _____ Fecha: _____