820 Grimes Boulevard • Lexington, NC 27292 • 336.249.6688 • Fax: 336.249.6687 • www.partnershipforchildren.org

Medical or Maternity Leave—Return-to-Work Form—New Applicants

Licencia Médica / de Maternidad--Formulario de Reincorporación al Trabajo--Nuevos Solicitantes

In order to determine your eligibility for the Smart Start of Davidson County (SSDC) Child Care Scholarship Program, it is necessary for you to provide proof of the date when you returned to work after your medical or maternity leave. *Please have your **employer** complete this form and submit it with your Child Care Scholarship application. Your **employer** must complete the form for us to use it for processing.*

Para determinar su elegibilidad para el Programa de la Beca de Cuidado Infantil de Smart Start del Condado de Davidson (SSDC), es necesario que presente un comprobante de su fecha de reincorporación al trabajo después de su licencia médica o por maternidad. Por favor, solicite **a su empleador** que complete este formulario y envíelo junto con su solicitud de la Beca de Cuidado Infantil. **Su empleador** debe completar el formulario para que podamos procesarlo.

1. Employee Name: _____

Nombre del Empleado/a:

2. Return to Work Date----Proposed: _____ Official:_____

Fecha de Regreso al Trabajo----Propuesto: Oficial:

3. Upon returning to work from medical or maternity leave, what is the FIRST pay date when this person will have worked for a COMPLETE pay period reflecting his/her TYPICAL pay and hours? _____

Al regresar al trabajo tras su baja médica o de maternidad, ¿cuál es la PRIMERA fecha de pago en la que esta persona habrá trabajado un período de pago COMPLETO que refleje su salario y horas TÍPICOS?

4. Pay Rate $: _____ □Hourly □Weekly □Biweekly □Twice a Month □Monthly

Sueldo: □Por Hora □Semanalmente □Quincenalmente □Dos Veces al Mes □Mensualmente

5. On average, how many hours will this person be working per week? _____

En promedio, ¿cuántas horas trabajará esta persona por semana?

6. How often will the pay be received? □Weekly □Biweekly □Twice a Month □Monthly

¿Con qué frecuencia se recibirá el pago? □Por Hora □Semanalmente □Quincenalmente □Dos Veces al Mes □Mensualmente

7. Is this person a 10-month or a 12-month employee? _____

¿Esta persona es un empleado/a de 10 o 12 meses?

Name of the Company/Employer: _____

Company/Employer Address: _____City: _____ Zip Code: _____

Phone#: _____ Fax#_____ Contact Email:_____

Employer's Printed Name: _____ Title: _____

Employer's Signature:_____ Date:_____

FOR SMART START USE ONLY

Employment Information Verified by: _____ By: Phone Email Date: _____

Employee's Official Return-to Work Date as Verified by Employer: _____