

Formulario para verificación de empleo o actividad aprobada para MAPP

NOMBRE DEL CLIENTE _____

Favor de enviar este formulario a la siguiente dirección antes de: [Click or tap to enter a date.](#)

Centralized Document Processing Unit (CDPU)

PO BOX 5234

JANESVILLE, WI 53547

FAX: 855-293-1822

NUMERO DE CASO _____

INFORMACIÓN QUE DEBE PROPORCIONAR EL EMPLEADOR

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD, ESTADO, _____

CÓDIGO POSTAL _____

NÚMERO DE _____

TELÉFONO _____

Fecha en que inició el empleo/actividad: _____

Número de horas que trabaja por mes: _____

Por favor describa el trabajo o actividad realizada:

¿Que recibe el cliente a cambio por dicha actividad?

NOTA: EL cliente debe recibir algo de valor a cambio de realizar el trabajo/actividad. Voluntariado sin pago no cumple con los requisitos de trabajo para el programa MAPP.

X

Employer Signature