

# EMPLOYEE ENROLLMENT FORM

AHORA Y SIEMPRE, INC.  
 1412 Main St., Suite 205  
 Dallas, TX 75202  
 214-741-6359 office  
 214-741-6389 fax  
 www.MyAys.net

Full Legal Name: \_\_\_\_\_

Gender:  Male  Female

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Status:  Single  Married

Social Security: \_\_\_\_\_

Waiver:  HCS  TxHML

DL or ID Number: \_\_\_\_\_

Type:  FC  SHL/CS  
 REH  Day Hab

Pay Rate : \$ \_\_\_\_\_

LON: \_\_\_\_\_

Start Date: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Cell Phone: \_\_\_\_\_

Alt. Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Emergency Contact: \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

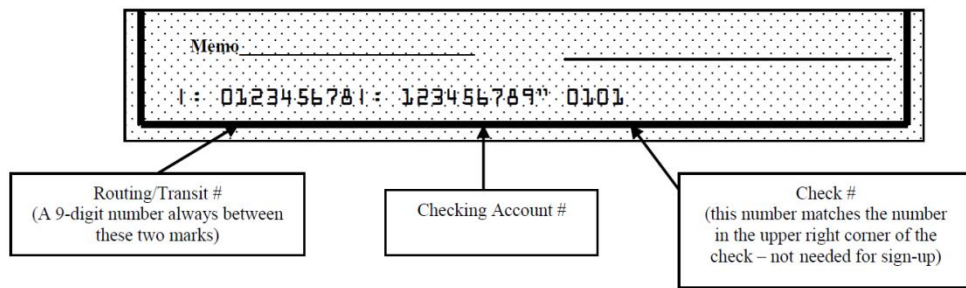
Phone: \_\_\_\_\_

---

## Foster Care Providers Only Below This Line:

---

Below is a sample check MICR line, detailing where the information necessary to complete this form can be found.



Bank Name, City, State: \_\_\_\_\_

Routing Transit Number: \_\_\_\_\_ Account Number: \_\_\_\_\_  
 Checking  Savings

I hereby authorize **Ahora y Siempre, Inc.** to deposit any amounts owed me by initiating credit entries to my account at the financial institution indicated on this form. Further, I authorize my bank to accept and to credit any credit entries indicated by **Ahora y Siempre, Inc.** to my account. In the event that **Ahora y Siempre, Inc.** deposits funds erroneously into my account. I authorize **Ahora y Siempre, Inc.** to debit my account for an amount not to exceed the original amount of the erroneous credit. This authorization is to remain in full force and effect until **Ahora y Siempre, Inc.** and my bank have received written notice from me of its termination in such time and in such manner as to afford **Ahora y Siempre, Inc.** and my bank reasonable opportunity to act on it.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

# REGISTRACIÓN DE EMPLEADO

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado:  Soltero  Casado

Seguro Social: \_\_\_\_\_

Programa:  HCS  TxHML

Numero de Licencia o ID: \_\_\_\_\_

Tipo Servicio:  FC  SHL/CS  
 REH  Day Hab

Pago : \$ \_\_\_\_\_

Nivel: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

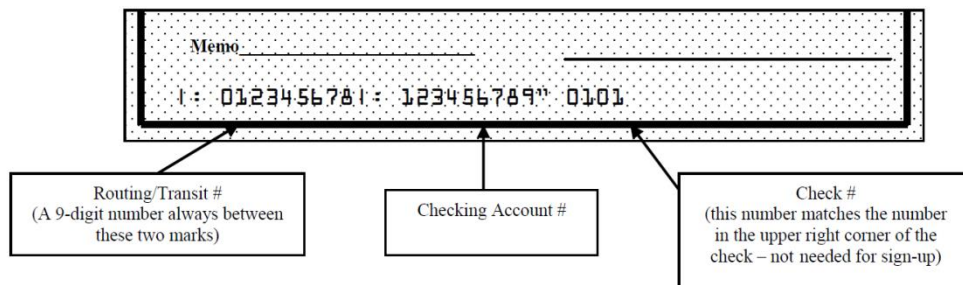
Relación: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Proveedores de Foster Care Solamente:

Below is a sample check MICR line, detailing where the information necessary to complete this form can be found.



Por favor aajunte un cheque cancelado si desea deposito directo a su cuenta bancaria o facilite la siguiente informacion:

Nombre del Banco, Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_

Número de Ruta de Tránsito: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Cuenta de Cheques  Cuenta de Ahorros

Por la presente autorizo **Ahora y Siempre, Inc.** a depositar cualquier cantidad debidas por mí iniciar entradas de crédito a mi cuenta en la institución financiera indicada en este formulario. Además, autorizo a mi banco a aceptar y acreditar los entradas de crédito indicados por **Ahora y Siempre, Inc.** a mi cuenta. En el caso de que **Ahora y Siempre, Inc.** deposite fondos erróneamente en mi cuenta, yo autorizo **Ahora y Siempre, Inc.** a debitar mi cuenta por una cantidad que no exceda el cantidad original del crédito erróneo. Esta autorización permanecerá en plena vigencia efecto hasta que **Ahora y Siempre, Inc.** y de mi banco han recibido notificación escrita de mí de su terminación en el momento y en la forma para proporcionar **Ahora y Siempre, Inc.** y de mi banco oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_