



Fecha
-------

Trabajador de casos
Oficina y teléfono
<b>Fax:</b>

Nombre y dirección


Empleado o miembro de la unidad familiar	Núm. de Seguro Social
--	-----------------------

Esta persona es miembro de una unidad familiar que está solicitando asistencia del Departamento de Servicios Humanos de Texas, o tiene ingresos que afectan la solicitud de asistencia de otra unidad familiar. Para determinar la elegibilidad de la unidad familiar, es necesario verificar todos los ingresos. Puesto que esta persona es (o fue) su empleado, necesitamos su ayuda.

**PUEDE AYUDAR DE LA SIGUIENTE MANERA.** Por favor, dé la información que se pide al reverso de esta carta. Por favor, asegúrese de que toda la información esté completa y correcta, ya que afectará la elegibilidad y los beneficios de otra persona. Si alguna de las preguntas no es pertinente al caso, conteste N/A. Después de llenar la forma, entréguela a su empleado, envíela en el sobre adjunto o mándela por fax al número que aparece arriba.

Esta información se necesita para el \_\_\_\_\_, así que le agradecemos infinitamente que nos la envíe antes de dicha fecha.

**AVISO A EMPLEADORES:** Usted puede llenar los requisitos para un reembolso de impuestos o un crédito de impuestos si contrata a personas que reciben beneficios de TANF o de estampillas para comida. Para mayor información comuníquese con la Unidad de Crédito de Impuestos para Oportunidades de Trabajo de la Fuerza Laboral de Texas al 1-800-695-6879.

Se agradece su cooperación. Si tiene alguna pregunta, llámenos con toda confianza.

Nombre del caso	Núm. del caso
-----------------	---------------

Yo, _____ doy mi permiso para que se divulgue la información que se pide en esta forma.	
_____	_____
Firma	Fecha

## VERIFICACIÓN DE EMPLEO

**GRACIAS** por dedicar el tiempo para llenar toda la información que se le pide en esta forma. Se agradece mucho su cooperación.

Nombre del empleado (como aparece en su expediente)	
Dirección del empleado: calle, ciudad, estado, código postal (como aparecen en su expediente)	
¿Es o fue su empleado esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contesta "Sí", ¿qué tipo de trabajo? <input type="checkbox"/> <b>Tiempo completo</b> <input type="checkbox"/> <b>Tiempo parcial</b> <input type="checkbox"/> <b>Permanente</b> <input type="checkbox"/> <b>Temporal</b>

Sueldo \$ <input type="checkbox"/> <b>Por hora</b> <input type="checkbox"/> <b>Por día</b> <input type="checkbox"/> <b>Por semana</b> <input type="checkbox"/> <b>Por mes</b> <input type="checkbox"/> <b>Por trabajo</b>	¿Con qué frecuencia le paga? <input type="checkbox"/> <b>Tiempo completo</b> <input type="checkbox"/> <b>Tiempo parcial</b> <input type="checkbox"/> <b>Permanente</b> <input type="checkbox"/> <b>Temporal</b>	Núm. promedio de horas por periodo de paga
¿Recibe comisiones, propinas o bonificaciones? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No	Paga por horas extras <input type="checkbox"/> <b>Frecuentemente</b> <input type="checkbox"/> <b>Casi nunca</b> <input type="checkbox"/> <b>Nunca</b>	Retención de FICA o FIT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene seguro médico disponible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", el empleado: <input type="checkbox"/> <b>Está inscrito con miembros de su familia</b> <input type="checkbox"/> <b>Está inscrito solamente él</b>	Participación en los beneficios o plan de pensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de contratación	Si el empleado tiene o tuvo licencia de ausencia sin paga:	Nombre de la compañía de seguros
Fecha en que recibió su primer cheque de paga	Horas promedio por semana	Fecha de inicio
Fecha de terminación		Fecha de terminación
¿Espera que haya cambios a esta información dentro de los próximos meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si contesta "Sí", explique:		

**En la tabla siguiente, anote todos los sueldos que recibió el empleado durante los meses de:**

FECHA DE TERMINACIÓN DEL PERIODO DE PAGA	FECHA EN QUE EL EMPLEADO RECIBIÓ EL CHEQUE DE PAGA	HORAS TRABAJADAS	INGRESOS BRUTOS	OTROS PAGOS* (propinas, comisiones, bonificaciones)	ANTICIPO DE EITC

\*Por favor explique (en la siguiente sección para comentarios) cuándo y con qué frecuencia se reciben las propinas, comisiones o bonificaciones.

**SI ESTA PERSONA YA NO ES SU EMPLEADO:**

Fecha de terminación del empleo	Razón de terminación del empleo	Fecha en que recibió el último cheque	Cantidad bruta del último cheque \$
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--

**Comentarios:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Empresa o empleador	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)
---------------------	--

**Esta información es correcta y verdadera a mi leal saber y entender.**

Firma de la persona que verifica esta información	Fecha	Cargo	Núm. de teléfono
---	-------	-------	------------------

