



TEXAS
Health and Human
Services

Fecha

Nombre y dirección

Trabajador de de casos

Oficina y teléfono

Fax con el código de área

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.

NOTICE TO EMPLOYERS: You may be eligible for a tax refund and/or tax credit for hiring recipients who receive TANF or food stamp benefits. For more information contact the **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. Texas Workforce Commission, Work Opportunity Tax Credit Unit at 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?		En caso afirmativo, ¿qué tipo de trabajo?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal			
Sueldo			¿Con qué frecuencia le paga?		Núm. promedio de horas por periodo de paga
<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por trabajo					
¿Recibe comisiones, propinas o bonificaciones?		Pago de horas extras		Retención de FICA o FIT	
<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				Participación en los beneficios o plan de pensión	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene seguro médico disponible?		Si la respuesta es "Sí", el empleado:		Nombre de la compañía de seguros	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No está inscrito <input type="checkbox"/> Está inscrito con miembros de su familia <input type="checkbox"/> Está inscrito			
Fecha de contratación		Fecha en que recibió su primer cheque de paga		Horas promedio por semana	
				Si el empleado tiene o tuvo licencia de ausencia sin paga:	
				Fecha de inicio Fecha de terminación	
¿Espera que haya cambios a esta información dentro de los próximos meses?			Si contesta "Sí", explique:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

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 eite

*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 verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

_____ Firma de la persona Verificación de Empleo	_____ Fecha	Cargo	Núm. de teléfono
---	----------------	-------	------------------