



TEXAS
Health and Human
Services

Fecha:	Núm. de expediente del caso:
Dirección de la oficina:	
Teléfono con código de área de la oficina:	
Núm. de fax con código de área de la oficina:	

Constancia de empleo

Nombre del empleado:	Número de Seguro Social
----------------------	-------------------------

La persona mencionada es miembro de un hogar que está solicitando asistencia del Programa de Servicios de Atención Médica Primaria, del Programa de Pago por Servicio del Título V o beneficios para alguien con epilepsia. Para determinar si este hogar cumple con los requisitos para recibir asistencia, necesitamos verificar todos los ingresos. Como esta persona es, fue o va a ser su empleado, necesitamos su ayuda. Le pedimos que proporcione la información solicitada en este formulario de la manera más completa y precisa posible. Si una pregunta no corresponde, escriba N/A. Una vez que llene este formulario, puede dárselo a su empleado, enviarlo por correo en el sobre proporcionado o enviarlo por fax al número indicado anteriormente.

Necesitamos tener esta información a más tardar el: [date field] .

Muchas gracias por su ayuda. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina al número indicado anteriormente.

Doy mi permiso para que se divulgue la información que se pide en este formulario.	
_____	_____
Firma del empleado	Fecha

Employment Verification – To be Completed by Employer
Verificación de empleo: solo para el uso del empleador

Employee Name (as shown on your records)	

Employee Address – Street, City, State, ZIP Code (as shown on your records)	

Is/was/will this person (be) employed by you? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No If yes: <input type="radio"/> Permanent <input type="radio"/> Temporary	Is FICA or FIT withheld? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

\$	Rate of Pay					Average Hours Per Pay Period	How Often is Employee Paid?
	<input type="radio"/> Per Hour	<input type="radio"/> Per Day	<input type="radio"/> Per Week	<input type="radio"/> Per Month	<input type="radio"/> Per Job		

On the chart below, list all wages received by this employee during the months of: _____

Date Pay Period Ended	Date Employee Received Pay	Actual Hours	Gross Pay	Other Pay* (bonuses, commissions, overtime, pension plan, profit sharing, tips)

*In the Comments section below, explain when and how Other Pay is received.

Date Hired:	Date First Paycheck Received:	If Employee is/was on Leave Without Pay	
		Start Date:	End Date:

If this person is no longer in your employ:
 Date Final Paycheck Received: _____ Gross Amount of Final Paycheck: \$ _____

Is health insurance available? Yes No
 If yes, employee is: Not Enrolled Enrolled for Self Only Enrolled with Family Members

Comments

Company or Employer Name:	Address (Street, City, State, ZIP Code):		
Area Code and Phone No.:	Name of Person Verifying Information:	Title:	