



Fecha

¿Necesita ayuda? Llame al 2-1-1 o al 877-541-7905.

Fax: 877-447-2839

Dirección postal:

Texas Health and Human Services Commission
P O BOX 149027
Austin, Texas 78714-9027

Si usted es sordo o tiene problemas de la audición o del habla, llame al 7-1-1 o al 800-735-2989. Todas las llamadas son gratuitas.

Nombre y dirección

--	--

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

Este formulario es para su empleador. El empleador debe llenarlo y devolverlo antes del _____. Usted debe estar de acuerdo en que el empleador proporcione información sobre usted.

Llene y firme este acuerdo

Yo, _____ (escriba su nombre en letra de molde) autorizo a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) para que proporcione mi número de Seguro Social (SSN) al empleador que aparece en este formulario.

Mi SSN puede usarse para obtener información acerca de mi empleo. También autorizo al empleador que aparece en este formulario para que dé a la HHSC la información solicitada.

Firma _____ Fecha _____

Empleador: Se necesita su ayuda

Empleado o expleado	Núm. de Seguro Social
---------------------	-----------------------

Necesitamos comprobantes de que la persona mencionada más adelante es o fue su empleado.

Algunos empleadores podrían recibir reembolsos de impuestos o créditos fiscales por contratar a personas que reciben ciertos beneficios del estado.

Para obtener más información, visite el sitio web TexasWorkforce.org/wotc o envíe un correo electrónico a la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas a wotc@twc.state.tx.us.

Empleador: siga estos pasos.

Esta persona vive en un hogar en el que alguien está solicitando beneficios del estado. Necesitamos saber la cantidad de dinero que esta persona gana o ganó en este empleo.

1. Llene el formulario "Verificación de empleo" en la página siguiente.
2. Si alguna de las preguntas no es pertinente al caso, conteste "N/A".
3. Entregue el formulario:

Para hacernos llegar el formulario, puede:

- (a) entregárselo al empleado mencionado antes,
- (b) enviarlo por correo postal en el sobre con el porte pagado o (c) enviarlo por fax al 877-447-2839.

Verificación de empleo

El empleador debe llenar este comprobante de empleo.

Compañía o empleador	Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)
----------------------	--

Nombre del empleado (como aparece en sus registros)	Domicilio del empleado (Número y calle, ciudad, estado y código postal, como aparecen en sus registros)
---	---

¿Es (o fue) esta persona su empleado? Si contesta sí, ¿qué tipo de empleo tiene o tenía?

Sí No

 Tiempo completo

 Tiempo parcial

 Permanente

 Temporal

Si contesta no: Pare aquí, firme y feche en la parte inferior de este formulario y devuélvalo.
Si contesta sí: Conteste todas las siguientes preguntas. Si alguna pregunta no es pertinente, conteste "N/A".

Sueldo	<input type="radio"/> Por hora <input type="radio"/> Por día <input type="radio"/> Por semana <input type="radio"/> Por mes <input type="radio"/> Por trabajo realizado	Frecuencia del pago	Promedio de horas por cada periodo de pago
--------	---	---------------------	--

Comisiones, propinas o bonos	Pago de horas extras	Se retiene FICA o FIT
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Es frecuente <input type="radio"/> Es inusual <input type="radio"/> No hay	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Reparto de utilidades o plan de pensión

Sí No Si contesta sí, ¿cuál es el valor actual?

¿Hay algún seguro médico disponible? Sí No

Si contesta sí, indique la situación del empleado: No está inscrito Está inscrito con miembros de su familia Está inscrito solo él

Nombre de la compañía de seguros	Fecha de la contratación	Fecha del primer cheque	Promedio de horas por semana
----------------------------------	--------------------------	-------------------------	------------------------------

Si el empleado se tomó una licencia sin pago: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

¿Espera que haya cambios en esta información en los próximos meses? Sí No

Si contesta sí, explique: _____

En la tabla a continuación, anote todos los ingresos que este empleado recibió durante los meses de: _____

Fecha final del periodo de pago	Fecha en que el empleado recibió el pago	Horas trabajadas	Pago bruto	Otros pagos* <small>(propinas, comisiones o bonos)</small>	Pago adelantado del EITC	Total de las contribuciones antes de impuestos

* Explique (en la sección de comentarios a continuación) cuándo y con qué frecuencia se reciben propinas, comisiones, o bonos.

Comentarios

Si esta persona ya no es su empleado, proporcione los siguientes datos.

Fecha en que dejó de trabajar	Razón por la que dejó de trabajar	Fecha del último cheque recibido	Pago bruto del último cheque
-------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------

Empleador: lea, firme y feche

Confirmando que la información que he dado es correcta y verdadera a mi leal saber y entender:

Firma del empleador _____	Fecha _____	Cargo _____	Teléfono con código de área _____
---------------------------	-------------	-------------	-----------------------------------