



**Travis County Health and Human Services and Veterans Service  
Family Support Services Division**

**Verificación de Ingreso de parte del Empleador**

**Nombre del Cliente**

CABA# núm. de caso  
Fecha de Aplicación  
Evaluador de Caso:

Yo, \_\_\_\_\_, Núm. Seguro Social: \_\_\_\_\_  
(nombre del empleado) (numero del empleado)

por este medio autorizo \_\_\_\_\_ de que haga publica la información sobre mí  
(empleador)

Empleo al: Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Travis y Servicio a Veteranos

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado Fecha

La persona anteriormente mencionada en esta forma a solicitado asistencia a través de nuestra agencia. Para que nosotros pudiéremos determinar la elegibilidad, es requerido el que verifiquemos la siguiente información. Su cooperación en proveernos con esta información es agradecida.

Fecha que se contrato: \_\_\_\_\_ ultimo día que trabajo para usted: \_\_\_\_\_

El empleado trabaja  Tiempo Completo  horas por semana Este trabajo es:  Permanente  
 Medio Tiempo  horas por semana  Temporal

Se le paga cada:  Diariamente  Semanal  Por Quincena  
 Mensual  Semi-mensual  Irregular o por Comisión

Favor de indicar todos sus ingresos desde \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ hasta él \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

FECHAS DE PAGO	INGRESO TOTAL	FECHAS DE PAGO	INGRESO TOTAL
1. _____	_____	7. _____	_____
2. _____	_____	8. _____	_____
3. _____	_____	9. _____	_____
4. _____	_____	10. _____	_____
5. _____	_____	11. _____	_____
6. _____	_____	12. _____	_____
PAGADO TOTAL _____			

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleador, Titulo Numero de Telefono Fecha

**Favor de entregar esta forma completa a:**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Numero de telefono** \_\_\_\_\_  
**# de Fax** \_\_\_\_\_  
**Domicilio** \_\_\_\_\_