



**TEXAS**  
**Health and Human**  
**Services**

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


Oficina de Atención Médica Primaria y Especializada (OPSH)  
**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

\$	<b>Rate of Pay</b>					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

<b>Comments</b>

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