



**EMPLOYMENT VERIFICATION FORM**

Name of applicant: \_\_\_\_\_ has applied for assistance. To determine eligibility, all earnings must be verified.

Date of Appointment: \_\_\_\_\_

**EMPLOYER MUST FILL OUT IN INK**

1. Is the applicant named above employed by you? .....  Yes ..... If Yes, date hired: \_\_\_\_\_  
 No ..... If No, date employment ended: \_\_\_\_\_

**If you answered Yes to #1, complete questions #2-#6. If you answered No to #1, complete #6 only.**

2. Average number of hours worked per week? \_\_\_\_\_ Hourly rate of pay: \_\_\_\_\_

3. How often paid? .....  Daily .....  Weekly .....  Every 2 weeks .....  Monthly .....  Twice Monthly

4. If employee is or has been on leave of absence, give date leave began: \_\_\_\_\_  
And date of return: \_\_\_\_\_

5. Is the employee enrolled in employment health insurance? .....  Yes .....  No

6. On the chart below, provide all earnings for the last 4 weeks prior to: \_\_\_\_\_

Please state gross earnings (**before** deductions):

<i>Date Paid</i>	<i>Gross Amount</i>

7. Company/Employer Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip Code: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*(Person completing this form)*

**After completion, please give this form to employee. If you have questions, please call our Customer Service Call Center at 512-978-8130.**

*The Medical Access Program serves the healthcare needs of eligible residents in Travis County and is funded by Central Health*





### VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ ha solicitado asistencia. Para determinar la elegibilidad, todos los ingresos deben ser verificados.

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

**EL EMPLEADOR DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO EN TINTA**

1. ¿Emplea usted al solicitante mencionado arriba?.....  Sí .....Si Sí, fecha de contratación: \_\_\_\_\_  
 No.....Si No, fecha en que terminó el empleo: \_\_\_\_\_

**Si respondió Sí a la pregunta #1, conteste las preguntas #2 a #6. Si respondió No a la pregunta #1, conteste la pregunta #6 solamente.**

2. ¿Cuál es promedio de horas trabajadas por semana? \_\_\_\_\_ Salario por hora: \_\_\_\_\_

3. ¿Qué tan seguido le paga?  Diario.....  Por semana .....  Cada 2 semanas.....  Mensual.....  Dos (2) veces al mes

4. Si el empleado está o ha estado fuera del trabajo temporalmente, ¿en qué fecha dejo de trabajar? \_\_\_\_\_  
Y ¿en qué fecha regresó/planea regresar? \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene el empleado seguro médico por parte del trabajo? ..... Sí ..... No

6. En el espacio siguiente, proporcione todos los ingresos de las últimas 4 semanas anteriores a: \_\_\_\_\_

Por favor apunte los ingresos brutos (**antes** de las deducciones):

<i>Fecha de pago</i>	<i>Cantidad bruta</i>

7. Compañía/Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*(Persona que completó este formulario)*

**Después de completar el formulario, por favor regrese el formulario al empleado. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Centro de servicio al cliente al 512-978-8130.**

*The Medical Access Program serves the healthcare needs of eligible residents in Travis County and is funded by Central Health*



**CENTRAL HEALTH**