



EMPLOYMENT VERIFICATION FORM

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

Date of Appointment: _____ Identification Number _____

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-#7. If you answered No to #1, complete #7 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: _____ Número de Identificación _____

EL EMPLEADOR DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO EN TINTA

1. ¿Emplea usted al solicitante mencionado arriba?..... SíSi 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 #7. Si respondió No a la pregunta #1, conteste la pregunta #7 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 dejó 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