



Petición Para Verificar Empleo

Fecha: _____

ffad08d6-4936-4e48-8930-bbb9a68d81fb

Centro de Recursos Para Familias y Comunidad

Sobre: Nombre del Empleado: _____

Otro Nombre del Empleado: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Nombre del Caso: _____

Número del Caso: _____

Para asegurar que los fondos de asistencia pública sean correctamente desembolsados, necesitamos información de la persona indicada arriba. Nos informaron que esta persona es o fue su empleado. Por favor complete este formulario y devuélvalo en el sobre adjunto.

El empleo empezó el: _____ terminó el: _____ Número de horas por semana: _____

Frecuencia de pago : semanal _____ cada dos semanas _____ dos veces al mes _____. Pago \$ _____

Número de Seguro Social del empleado (si es diferente al indicado arriba): _____

Dirección del Empleado: (si es diferente al indicado arriba): _____

¿Ha recibido esta persona beneficios económicos por medio de su compañía que no sean de trabajo? Sí No

Si es sí, por favor identifique y escriba la fecha del último pago:

¿Ha recibido esta persona algún beneficio de discapacidad por medio de su compañía? Sí No

Si es sí, por favor identifique y escriba la fecha del último pago:

¿Se paga el crédito por ingresos de trabajo junto con el salario? Sí No Si es sí, cantidad _____

¿Está/estuvo cubierto el empleado en su plan de seguros?

Sí - Complete el REPORTE DE SEGURO DE SALUD al reverso. No - Complete el número 2B al reverso.

Motivo para despedirlo: _____

¿Piensa darle trabajo de nuevo? _____ Si es así, ¿Cuándo? _____

Por favor indique la información de pagos basado en periodo de pago individual del periodo desde _____

hasta _____

Fecha Termina Periodo de Pago	Fecha Recibió el Pago	Pago Bruto	Propinas

Fecha Termina Periodo de Pago	Fecha Recibió el Pago	Pago Bruto	Propinas

Que el empleador complete este formulario o que cumpla con las instrucciones, es voluntario. Sin embargo, no hacerlo puede afectar la acción de este Departamento. VEA EL REVERSO



Petición Para Verificar Empleo

Fecha: _____

Informe Sobre Seguro de Salud

ffad08d6-4936-4e48-8930-bbb9a68d81fb

1. Nombre del Caso:

Apellido Nombre Segundo Nombre

Número de Caso: _____

2a. Titular de la Póliza / Empleado Apellido, Nombre e Inicial Segundo Nombre: _____

FECHA DE NAC. NUMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA QUE EMPIEZA EL SEGURO FECHA QUE TERMINA EL SEGURO

2b. [] Marque si el empleado / dependiente no está cubierto por un plan de salud en grupo que ofrece compañía u organización.

El empleado / dependiente podría registrarse en _____.

Marque si el seguro de salud está disponible sin costo para el [] empleado o [] dependiente

2c. Marque si el seguro de salud está disponible pero no ha sido seleccionado por: [] empleado Prima Mensual \$ _____

[] dependientes Prima Mensual \$ _____

3. Complete para seguro por medio del Empleador / Sindicato o Unión

Empleador / Sindicato: _____ Local de Unión Número: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Compañía de Seguros: _____ Grupo: _____

Número de Certificado/Póliza: _____

4. ¿A dónde Se Envían los Reclamos?

Los reclamos médicos se envían a nombre de _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Los reclamos de recetas médicas se envían a nombre de: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

5. Marque si ofrece los siguientes beneficios

[] Cobertura Médica Completa [] Dental [] Vista [] LTC [] Recetas Médicas RX Núm. de Tarjeta RX: _____

6. Complete para Cobertura del Empleado y Dependiente

Table with 6 columns: Apellido, Nombre, Núm. de Beneficiario (DHS Use Only), Fecha de Nac., Fecha que Empieza el Seguro, Fecha que Termina el Seguro, *

*INDIQUE EL CÓDIGO DEL PARENTESCO CON TITULAR O DUEÑO DE LA POLIZA (TITULAR DE LA POLIZA-0, HIJO-1, HIJA-2, ESPOSO/A-3, HIJASTRO/A-4, NIETO/A-5, OTRO-6)



Petición Para Verificar Empleo

Fecha: _____

Número del Caso: _____

ffad08d6-4936-4e48-8930-bbb9a68d81fb

7. Complete si la persona en el número 6 estuvo asegurada por usted bajo un plan anterior.

Nombre del Seguro Anterior: _____ Número de Grupo: _____

Fecha que Empezó: _____ Fecha que Terminó: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

8. Completado Por:

Firma: _____

Número de Teléfono: _____ Fecha: _____

9. Sólo Para Uso del DHS: SEND PHOTOCOPY OF COMPLETED FORM TO THIRD PARTY LIABILITY, BUREAU OF COLLECTIONS.

Check One ORIGINAL UPDATE CHECK

IF TPL IDENTIFIED THROUGH DATA EXCHANGE - CROSSMATCH OR PAL CODE: _____

Worker: _____ REMARKS: (IDENTIFY LIMITED POLICY, REASON FOR UPDATE, ETC.)

Date: _____

FRC: _____ Referring Office (if not Local Office): _____

CENTRAL OFFICE USE ONLY OLD TPL RDB