



Patient Eligibility Services Administration  
P.O. Box 300488  
Houston, TX 77230

**CARTA DE VERIFICACIÓN SALARIAL**

A QUIEN CONCIERNA:

*Su empleado(a) o un miembro de su familia ha solicitado asistencia al Distrito Hospitalario del Condado de Harris. Para determinar su situación de elegibilidad, tenemos que verificar su ingreso total su situación de empleo. Por favor, provea con la información requerida la autorización escrita de su empleador.*

*Por favor llene los espacios en blanco que están detrás de este formulario tan pronto como sea posible. Por favor asegúrese que toda la información que nos provee es exacta; ésta afectará la situación de elegibilidad y beneficios del empleado y/o al miembro(s) de la familia. Si alguna pregunta no tiene aplicación, marque N/A. Después de haberlo completado, por favor devuelva este formulario a su empleado.*

“Por medio de la presente, yo autorizo a mi empleador a suministrar la información requerida de mi ingreso y situación de empleo al Distrito Hospitalario del Condado de Harris”

---

Solicitante / Firma del Empleado

Gracias,

---

Patient Eligibility Representative  
Patient Eligibility Services

**VERIFICACIÓN SALARIAL**

For Employer Use Only

**Este es un un Informe Oficial del Gobierno. El proporcionar información falsa o incorrecta en este formulario puede y probablemente resultará en Juicio Criminal en cumplimiento a las Secciones 31.04, 37,10 u otras partes del Código Penal de Texas.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Empleado: \_\_\_\_\_ Ocupación del empleado \_\_\_\_\_

1. ¿La persona arriba nombrada es empleado(a) suyo(a)?      Sí    No
2. Salario que gana por hora: \$ \_\_\_\_\_
3. ¿Con que frecuencia le paga?    Diario    Semanal    Cada 2 semanas    Bimensual    Mensual
4. ¿Gana el empleado comisiones o propinas?      Sí    No
5. ¿Recibe el empleado pago por sobre-tiempo?      Sí    No
6. ¿Toma parte el empleado en los planes de participación de utilidades de la empresa, compra de acciones o plan de jubilaciones?  Sí    No   Si responde afirmativamente ¿cuál es el valor? \$ \_\_\_\_\_
7. ¿Tiene cobertura médica el empleado(a)?      Sí    No
- ¿Tienen cobertura los dependientes?      Sí    No

Nombre de la Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Certificado # \_\_\_\_\_ HMO \_\_\_\_\_  Sí      No

En las casillas de abajo, enumere el salario total del empleado durante los últimos 30 días

Para empleados nuevos
Fecha de Contratación
Fecha del 1er Cheque recibido:
Promedio del número de horas por semana:

Día de Pago Final del Periodo	Fecha en que el empleado recibe su cheque	Horas Reales	Pago Total	Otros Pagos (p. ej.: propinas, comisiones)

Para Ex-empleados:
Fecha de terminación de empleo
¿ Están disponibles Los beneficios de Cobra?
Fecha en que recibió el último cheque
¿Cantidad de Salario Total? \$

Comentarios (¿Habrán algunos cambios en los próximos meses? \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía o Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal) \_\_\_\_\_

Firma de la persona que provee esta información: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_