



**WAGE VERIFICATION
VERIFICACIÓN DE SALARIO**

Employee Name/Nombre del empleado: _____

Address/Dirección: _____ Zip Code/Código postal: _____

Phone #/Número de teléfono: _____ MRN #: _____

I hereby authorize my employer to release the requested information regarding my income and employment status to the University Health System.

Por medio de la presente, autorizo a la compañía donde trabajo a que revele al University Health System la información solicitada con respecto a mis ingresos y estado laboral.

Employee Signature/Firma del empleado

Date/Fecha

**FOR EMPLOYER USE ONLY
EXCLUSIVAMENTE PARA USO DEL EMPLEADOR**

Your employee or a member of his/her family has applied for University Health System's CareLink program. To determine eligibility for this program, we need verification of his/her gross income and employment status. With your employee's written authorization above, please provide us with the requested information.

Su empleado o un miembro de su familia, ha solicitado el programa CareLink del University Health System. Con el fin de determinar si cumple los requisitos para este programa, necesitamos verificar sus ingresos brutos y su estado laboral. Dado que contamos con la autorización escrita (indicada en la parte superior) de su empleado, le pedimos que nos proporcione la información solicitada.

This is an Official Government Record. Untrue or Incomplete information given on this form may, and probably will, result in criminal action being taken under Section 31.04, 37.10, or other portions of the Texas Penal Code.

Este es un documento oficial del gobierno. Toda información falsa o incompleta en este formulario puede dar y es probable que dé como resultado la toma de medidas penales en virtud de la Sección 31.04, 37.10 u otras secciones del Código Penal de Texas.

Employee's Occupation/Ocupación del empleado: _____

1. Is the person named employed by you? / ¿Es la persona mencionada aquí su empleado? Yes/Sí No
2. Is the person named On Leave of Absence? / ¿Tiene ahora esta persona permiso para ausentarse sin goce de sueldo? Yes/Sí No

Last day worked/Último día de trabajó: _____

Date expected return to work/Se espera que regrese a trabajar el día: _____

3. Will the employee be paid for Sick or Vacation Leave?/ ¿Tiene el empleado licencia para faltar por enfermedad o vacaciones con goce de sueldo? Yes/Sí No

4. Do you offer health insurance?/¿Ofrece usted seguro médico? Yes/Sí No

Is this employee covered under your plan?/¿Tiene este empleado la cobertura de su plan? Yes/Sí No

Name of Insurance Carrier/Nombre de la compañía de seguro: _____

Group # /Núm. de grupo: _____

Certificate # /Núm. de certificado: _____ HMO PPO

Dependent coverage?/¿Cobertura de dependientes? Yes/Sí No

5. Please verify employee's pay over the past four pay periods in the boxes below/Favor de verificar el sueldo del empleado durante los últimos cuatro períodos salariales en los siguientes casilleros:

Date Pay Period Started <i>Fecha en que comenzó el período salarial</i>	Date Pay Period Ended <i>Fecha en que terminó el período salarial</i>	Average # of Hours worked per week <i>Promedio de horas trabajadas por semana</i>	Gross Pay <i>Sueldo bruto</i>	Comments <i>Comentarios</i>

Company Name/Nombre de la Empresa: _____

Company Tax ID/ Identificación fiscal de la empresa : _____

Address/Dirección: _____

Employer Signature/Firma del empleador

Date/Fecha

Title/Cargo:

Telephone # /Núm. de teléfono: