

**DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS COMUNITARIOS DE TEXAS
VERIFICACIÓN DE EMPLEO**

I. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR/PROPIETARIO/ADMINISTRACIÓN Y FIRMADA POR EL SOLICITANTE/RESIDENTE		
PARA: (Nombre del empleador)	Fecha:	
Dirección del Empleador:	Teléfono/Fax:	
Ref.: (Nombre del solicitante/residente)	Número de Seguro Social:	
<p align="center">AUTORIZACIÓN: Mediante mi/nuestra firma aquí o en el formulario de autorización y consentimiento adjunto, autorizo la divulgación y/o la verificación de mi/nuestra información sobre mi/nuestro empleo.</p>		
_____	_____	_____
Nombre en letra de imprenta del solicitante/residente	Firma	Fecha
<p>Información La persona nombrada directamente por encima es solicitante/residente de un Programa de Vivienda Asequible del Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas que requiere la verificación de ingresos. Solicitamos su cooperación en la provisión de esta información con respecto al Administrador/Propietario/Administración que se menciona a continuación. La información proporcionada será confidencial y solo se utilizará sele para determinar el estado de elegibilidad y el nivel de beneficios disponible para el solicitante/residente. Por favor, devuelva este formulario completado por correo o fax a:</p>		
Nombre del Administrador/Propietario/Administración:		Número de TDHCA:
Domicilio:		Teléfono:
Correo electrónico:		Fax:
Su respuesta inmediata es esencial, y se aprecia considerablemente.		
_____	_____	_____
Nombre en letra de imprenta/cargo del Administrador/Propietario/Representante autorizado de la Administración	Firma	Fecha
Nombre/Cargo		

II. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR	
Nombre y apellido del empleado:	Cargo:
Empleado actualmente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO fecha de contratación en el empleo: _____ Último día de empleo: _____ o <input type="checkbox"/> No aplicable	
Remuneración/salario actual: \$ _____ (marcar una opción) por hora / semanal / quincenal / medio mes / mensual / anual / otro: _____	
N.º promedio de horas regulares a la semana:	Ganancias del año hasta la fecha: \$ _____ al ____/____/____
Tarifa de horas extra: \$ _____ por hora	N.º promedio de horas extra a la semana:
Tarifa diferencial del turno: \$ _____ por hora	N.º promedio de horas diferenciales del turno a la semana:
Comisiones, bonificaciones, propinas, otro: \$ ____ (marcar una opción) por hora / semanal / quincenal / medio mes / mensual / anual / otro: _____	
Enumerar los cambios anticipados en la tarifa de pago del empleado en los próximos 12 meses: ____ Fecha de vigencia: _____	
Si el trabajo del empleado es estacional o esporádico, indicar el período de suspensión:	
¿Los empleados tienen acceso a una cuenta de retiro del empleador antes de la finalización laboral o retiro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Comentario(s) adicional(es):	

III. CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL EMPLEADOR			
Certifico que la información anterior es verdadera y correcta,			
_____	_____	_____	_____
Firma del representante autorizado del empleador	Cargo del representante	Fecha	
_____	_____	_____	_____
Nombre en letra de imprenta del representante autorizado	N.º de teléfono	N.º de fax	Correo electrónico

Nombre y dirección del empleador [Compañía]			

Nota: La sección 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos establece que constituye un delito hacer declaraciones falsas o fraudulentas en forma premeditada a cualquier departamento o agencia en los Estados Unidos con respecto a cualquier asunto que se encuentre dentro de su jurisdicción.