VERIFICACIÓN DE INGRESOS

CONDADO DE

Fecha del aviso : _____
Nombre del caso : _____
Número del caso : _____
Nombre del trabajador : _____
Número del trabajador : _____
Número de teléfono : _____
Dirección : _____
_____
_____

(Destinatario)

PUEDE PERDER SUS BENEFICIOS SI NO RESPONDE PARA EL: _____
(Fecha)

Recibimos información de que se le pagaron ingresos a _____, con
(Nombre)

el número de Seguro Social: _____, quien está/estuvo en su caso desde el _____ para los siguientes programas:
(Fecha)

☐ CalWORKs (CW) ☐ CalFresh (CF)

Ha ocurrido una de las siguientes cosas: los ingresos no se reportaron a tiempo; la cantidad de los ingresos reportados es incorrecta; o el condado no tiene ningún registro de que usted haya reportado esta información de ingresos. Tenemos que revisar su elegibilidad anterior para confirmar que recibió la cantidad correcta de beneficios.

Información adicional:

Necesitamos la siguiente información para: _____
(Nombre)

☐ Salario bruto del _____ al _____
(Fecha) (Fecha)

☐ Formulario de impuestos W2 del _____
(Año)

☐ Otra: _____

Si no puede obtener la información que le pedimos, por favor, háganos saber. Es posible que podamos ayudarlo a obtenerla.

Maneras fáciles de entregar sus pruebas

- En línea: _____
- Por correo: _____
- En persona: _____
- Por teléfono: _____