



TEXAS
Health and Human
Services

Date

Advisor

Office Address

Telephone No.

Fax No.

Verification of Benefits

I, _____ authorize the release of benefit information for the program(s) and month(s) indicated.

TANF for the following months: _____ through _____

Food stamps for the following months: _____ through _____

Client Signature

Date

TANF Benefits

TANF Case No.: _____

Current Benefits

Full Monthly Grant Amount	Penalty Amount (if any)	Net Monthly Grant Amount	Household Size

Prior Benefits

Month Received	Full Grant Amount	Penalty Amount (if any)	Net Grant Amount	Household Size

Food Stamp Benefits

Food Stamp Case No.: _____

Current Benefits

Monthly Amount	Household Size

Prior Benefits

Month Received	Amount	Household Size

Comments: _____

Agency Representative Signature

Date

With a few exceptions, you have the right to request and be informed about the information that the Texas Health and Human Services Commission (HHSC) obtains about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask HHSC to correct information that is determined to be incorrect (Government Code, Sections 552.021, 552.023, 559.004). To find out about your information and your right to request correction, please contact your eligibility determination office.



TEXAS
Health and Human
Services

Fecha

Consejero

Dirección

Teléfono

Fax

Verificación de beneficios

Yo, _____, autorizo la divulgación de la información sobre mis beneficios de los programas y los meses indicados.

TANF del mes de: _____ hasta el mes de: _____

Estampillas para comida del mes de: _____ hasta el mes de: _____

Firma del cliente

Fecha

Beneficios de TANF

Núm. del caso de TANF: _____

Beneficios que recibe actualmente

Cantidad total de la subvención mensual	Cantidad de la sanción (si hay alguna)	Cantidad neta de la subvención mensual	Número de personas en la unidad familiar

Beneficios anteriores

Mes en que los recibió	Cantidad total de la subvención	Cantidad de la sanción (si hay alguna)	Cantidad neta de la subvención	Número de personas en la unidad familiar

Beneficios de estampillas para comida

Núm. de caso de estampillas para comida: _____

Beneficios que recibe actualmente

Cantidad mensual	Número de personas en la unidad familiar

Beneficios anteriores

Mes en que los recibió	Cantidad	Número de personas en la unidad familiar

Comentarios: _____

Firma del representante del departamento

Fecha

Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de saber qué información obtiene sobre usted la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) y de pedir dicha información. Si desea recibir y estudiar la información, tiene el derecho de solicitarla. También tiene el derecho de pedir que la HHSC corrija cualquier información incorrecta (Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.004). Para enterarse sobre su información y el derecho de pedir que la corrijan favor de ponerse en contacto con la oficina local de determinación de elegibilidad.