



TEXAS
Health and Human
Services

Date

Advisor

Office Address

Telephone No.

Fax No.

Account Verification

Case Name	Case No.
Account Holder Name	Account Holder Social Security No.
Joint Account Holder Name	Joint Account Holder Social Security No.

The individual named above is a member of a household applying for assistance from the Texas Health and Human Services Commission. In order to determine eligibility, we need your assistance. Please provide the information requested regarding any accounts to which the individual has access and return this form in the postage paid envelope provided. Please return the form as soon as possible, but no later than _____.

I, _____ give my permission to release the information requested on this form.

Signature

Date

To Be Completed By Financial Institution Representative

Account Number	Type of Account	Balance	As Of (Date)	Interest Amount	Date Posted	Frequency Posted

Financial Institution Name

Financial Institution Representative Signature

Date

Financial Institution Representative Name (Please Print)	Title
Address	Telephone No.



TEXAS
Health and Human
Services

Fecha

Consejero

Dirección

Teléfono

Fax.

Verificación de cuentas

Nombre del caso	Núm. del caso
Nombre del cuentahabiente	Núm. de Seguro Social del cuentahabiente
Nombre del cuentahabiente de la cuenta conjunta	Núm. de Seguro Social del cuentahabiente de la cuenta conjunta

La persona mencionada anteriormente es miembro de una unidad familiar que está solicitando asistencia de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Para poder determinar si se reúnen los requisitos para recibir asistencia, necesitamos su ayuda. Por favor, dénos la información que pedimos sobre cualquier cuenta a la cual la persona tiene acceso y devuelva esta forma en el sobre adjunto, que no necesita estampilla. Por favor, devuelva la forma lo antes posible, pero a más tardar el _____.

Yo, _____, doy mi permiso para que se divulgue la información que se pide en esta forma.

 Firma

 Fecha

Un representante de la institución financiera debe llenar esta sección

Núm. de cuenta	Tipo de cuenta	Saldo	El día (Fecha)	Cantidad de intereses	Fecha de registro	Frecuencia con que se registra

Nombre de la institución financiera

 Firma de un representante de la institución financiera

 Fecha

Nombre del representante de la institución financiera (por favor, en letra de molde)	Título
Dirección	Teléfono