



Return to Nebraska Department of Health and Human Services

Fax #: 402-742-2351

Or Mail to P.O. Box 2992, Omaha NE 68172

Or Email to DHHS.ANDICenter@nebraska.gov

FECHA:

Petición para verificación de trabajo

NOMBRE:

MC#:

El individuo aquí mencionado ha solicitado o recibe ayuda de parte de nuestra Agencia. Para poder determinar la elegibilidad, debemos verificar la información a continuación. Le agradecemos su ayuda.

El individuo aquí mencionado trabaja _____ horas por semana, y comenzó el _____

Este trabajo es (marque uno):

- No pago/trabajo voluntario
- *In-kind* (trabajo a cambio de renta u otros servicios) _____
- Trabajo pago

Comentarios: _____

Gracias por proporcionar esta información.

Nombre

Título

Número de teléfono

Fecha

TSU-2/13/2019