



VERIFICATION OF UNEMPLOYMENT BENEFITS

CITY OF PASADENA, TEXAS AUTHORIZATION: Federal Regulations require us to verify Unemployment Benefits Income of all members of the household applying for participation in the HOME Program which we operate and to reexamine this income periodically. We ask your cooperation in supplying this information. This information will be used only to determine the eligibility status and level of benefit of the household. Your prompt return of the requested information will be appreciated. Please return the completed form by mail to the address below or by fax to (713) 475-7037. Mail to: City of Pasadena ATTN: Community Development Dept. P.O. Box 672 Pasadena, TX 77501	Benefits 1. Are benefits being paid now? ☐ Yes ☐ No 2. If Yes, what is Gross Weekly Payment? \$ _____ 3. Date of Initial Payment _____ 4. Duration of Benefits _____ weeks Is claimant eligible for future benefits? ☐ Yes ☐ No 5. If yes, how many weeks? _____ weeks 6. If no, what is the termination date of benefits? _____
RELEASE: I hereby authorize the release of the requested information. _____ (Signature of Applicant) Date: _____	Signature of Authorized Representative _____ Title: _____ Date: _____ Telephone: _____
WARNING: Title 18, Section 1001 of the U.S. Code states that a person is guilty of a felony for knowingly and willingly making false or fraudulent statements to any department of the United States Government.	



COMMUNITY DEVELOPMENT
Pasadena, Texas

VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE DESEMPLEO

CIUDAD DE PASADENA, TEXAS AUTORIZACIÓN: Los Reglamentos Federales nos exigen que verifiquemos los Ingresos de los Beneficios de Desempleo de todos los miembros de la familia que solicitan participar en el Programa HOME que gestionamos y que reexaminemos estos ingresos periódicamente. Le pedimos su colaboración para que nos facilite esta información. Esta información se utilizará únicamente para determinar la situación de elegibilidad y el nivel de beneficios del hogar. Le agradeceremos que nos devuelva rápidamente la información solicitada. Por favor, devuelva el formulario completado por correo a la dirección indicada más abajo o por fax al (713) 475-7037. Enviar por correo a: Ciudad de Pasadena ATTN: Departamento de Desarrollo Comunitario Apartado de correos 672 Pasadena, TX 77501	Beneficios 1. ¿Se están pagando ya los beneficios? ☐ Sí ☐ No 2. En caso afirmativo, ¿cuál es el Pago Semanal Bruto? \$ _____ 3. Fecha del Pago Inicial _____ 4. Duración de los Beneficios _____ semanas ¿Tiene el demandante derecho a futuros beneficios? ☐ Sí ☐ No 5. En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? _____ semanas 6. En caso negativo, ¿cuál es la fecha de finalización de los beneficios? _____
AUTORIZACIÓN: Por la presente autorizo la divulgación de la información solicitada. _____ (Firma del Solicitante) Fecha: _____	Firma del Representante Autorizado _____ Cargo: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____
ADVERTENCIA: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas, a sabiendas y por voluntad propia, a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos.	