TEXAS
Health and Human
Services Commission

Date	
Advisor	
Office Address	
Telephone No.	Fax No.

Child Support Verification

Case Name	Case No.

_____ reports that you are providing assistance for your children

_____, _____,

_____, _____,

To correctly evaluate the household's situation, the Texas Health and Human Services Commission needs your assistance. Please answer the questions on this form and return it to me in the postage paid envelope provided. Please return this form as soon as possible, but no later than _____.

Section I – Child Support

Do you pay child support to the above-named person? ..... ☐ **Yes** ☐ **No**

If "Yes", how much do you pay? _____ How often paid? _____

Please indicate below the dates and amounts of the last four payments.

Date Paid	Amount Paid

If you recently stopped paying child support, please verify the last date you paid the support and the amount.

Date: _____ Amount Paid: $ _____

Section II – Medical Assistance

Do you have medical or dental insurance for your children? ..... ☐ **Yes** ☐ **No**

If "Yes", please list the children that are covered.

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Please complete the following information about the insurance you have.

Insurance Company	Policy/Group No.
Address	

Section III – Other Assistance

Please check any other assistance you provide for your children:

☐ Clothes ☐ Diapers ☐ Food ☐ Transportation ☐ Household items ☐ Other (please explain): _____

_____

Name

_____ _____

Signature Date

Address	Telephone No.

TEXAS Health and Human Services Commission

Fecha	
Consejero	
Dirección	
Teléfono	Fax

Verificación de manutención de niños

Nombre del caso	Núm. del caso

_____ informa que usted da asistencia para sus hijos

_____, _____,

_____, _____,

Para evaluar correctamente la situación de la unidad familiar, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas necesita su ayuda. Por favor, conteste las preguntas de esta forma y devuélvamela en el sobre provisto que no necesita estampilla. Por favor, devuelva la forma lo antes posible, pero a más tardar el _____.

Sección I – Manutención de niños

¿ Paga usted manutención de niños a la persona mencionada anteriormente?..... ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contesta "Sí", ¿cuánto paga? _____ ¿Con qué frecuencia paga? _____

Por favor indique a continuación la fecha y la cantidad de los últimos cuatro pagos.

Fecha del pago	Cantidad del pago

Si hace poco dejó de hacer los pagos de manutención de niños, por favor, verifique la última fecha en que pagó la manutención y la cantidad.

Fecha: _____ Cantidad del pago: $_____

Sección II – Asistencia médica

¿ Tiene usted seguro médico o dental para sus hijos? ..... ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contesta "Sí", por favor, anote los nombres de los niños que tienen cobertura.

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Por favor, dé la siguiente información sobre el seguro que usted tiene.

Nombre de la compañía de seguro	Póliza/Núm. de Grupo
Dirección	

Sección III – Otra asistencia

Por favor, marque cualquier otro tipo de asistencia que usted da a sus hijos:

☐ Ropa ☐ Pañales ☐ Alimentos ☐ Transportación ☐ Artículos del hogar ☐ Otro (por favor, explique):_____

_____

Nombre

_____ Firma _____ Fecha

Dirección	Teléfono