



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.



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.