



CITY OF BROWNSVILLE
 EMPLOYEE INFORMATION CHANGE REQUEST FORM
 HUMAN RESOURCES DEPARTMENT
 CIUDAD DE BROWNSVILLE
 SOLICITUD DE CAMBIO DE INFORMACION DEL EMPLEADO
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Employee Name/Nombre de Empleado: _____

Employee Number/Numero de Empleado: _____ Department/Departamento: _____

Job Title/Titulo Profesional: _____

COMPLETE THIS SECTION FOR A CHANGE OF ADDRESS / COMPLETA ESTA SECCION PARA UN CAMBIO DE DIRECCION

Street/Calle: _____

City/Ciudad, State/Estado, Zip Code/Código Postal: _____

Phone/Teléfono: _____

COMPLETE THIS SECTION FOR A NAME CHANGE / COMPLETA ESTA SECCION PARA UN CAMBIO DE NOMBRE

Previous Name/Nombre Anterior: (first/nombre, middle, last/apellido) _____

New Name/Nuevo Nombre: (first/nombre, middle, last/apellido) _____

COMPLETE THIS SECTION TO CHANGE EMERGENCY CONTACT INFORMATION / COMPLETA ESTA SECCION PARA CAMBIAR LA INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Emergency Contact Full Name/Contacto de Emergencia Nombre Completo: _____

Relationship/Relación: _____

Street/Calle: _____

City/Ciudad, State/Estado, Zip Code/Código Postal: _____

Phone/Teléfono: _____

Signature/Firma: _____

Date/Fecha: _____

- **Please note:** You will need to fill out separate form(s) to change beneficiary information. Inquire at the Human Resources Department for assistance.
- **Por favor toma en cuenta:** Que tendrá que rellenar un formulario(s) separado para cambiar la información del beneficiario. Pregunte en el Departamento de Recursos Humanos para obtener ayuda.

Received by: _____

Date: _____

Entered by: _____

Date: _____