

EMPLOYMENT VERIFICATION

This section to be completed by Owner/Agent and Applicant/Tenant

The Owner/Agent must mail, fax or email this form directly to the Applicant's/Tenant's employer.

EMPLOYER:

Company Name: _____

Address: _____

Email: _____

Fax#: _____

PROPERTY:

Property Name: _____

Address: _____

Email: _____

Fax#: _____

APPLICANT/TENANT (Employee) Authorization for Release of Information

Printed Name of Applicant/Tenant

SSN Last Four Digits

Unit # (if assigned)

By my signature, I hereby authorize disclosure of the information requested below in order to determine my eligibility to rent a unit at the property identified above and as required by the funding program/s associated with it.

Signature of Applicant/Tenant

Date

The above named applicant/tenant has applied for or currently resides in rental housing in a community that operates under a state and/or federal housing program that requires verification of income. The information you provide will remain confidential and will only be used to determine the applicant's/tenant's eligibility to reside at this property.

Employer – please complete the following: (Mark items N/A if not applicable)

Employee Name: _____ Job Title: _____

Currently Employed: ☐ YES: _____ ☐ NO: _____
Date of Hire Date Employment Ended

Regular WAGES: \$ _____ Per ☐ Hour ☐ Week ☐ Bi-Weekly ☐ Semi-Monthly ☐ Month ☐ Year

Average # of Regular Hours/Week: _____ Employee Works Overtime: ☐ Yes ☐ No

Average # of Overtime Hours/Week: _____ Overtime Rate: \$ _____/hour > Included in YTD? ☐ Yes ☐ No ☐ NA

Avg # of Shift Differential Hours/Week: _____ Shift Differential Rate: \$ _____/hour > Included in YTD? ☐ Yes ☐ No ☐ NA

Commissions/Bonuses: \$ _____/Hour/Week/Month Tips: \$ _____/hour/week/month > Included in YTD? ☐ Yes ☐ No ☐ NA

Gross Year-to-Date (YTD) Earnings: \$ _____ Earned From: ____/____/____ to ____/____/____

Any anticipated changes in this employee's wages within the next 12 months: ☐ Yes ☐ No

List upcoming change/s: _____ Effective Date: _____

Employee's work is Seasonal or Sporadic: ☐ Yes ☐ No If Yes, indicate lay-off period/s: _____

Employee participates in a 401K / Retirement Account: ☐ Yes ☐ No Can employee access funds in the account? ☐ Yes ☐ No

If the account can be accessed, how much can the employee withdraw without retiring or losing employment? \$ _____

I hereby certify, by my signature below that the information I have supplied is true and correct:

Printed Name of Verifier

Title of Verifier

Phone Number

Signature of Verifier

Date

Email

NOTE: Section 1001 of Title 18 of the U.S. Code makes it a criminal offense to make willful false statements or misrepresentations to any Department or Agency of the United States as to any matter within its jurisdiction.

تایید اشتغال

این بخش توسط مالک/نماینده و درخواست کننده/مستاجر تکمیل می شود

مالک/نماینده باید این فرم را مستقیماً به کارفرمای درخواست کننده/مستاجر با پست، فکس یا ایمیل بفرستد.

کارفرما:

نام شرکت:

نشانی:

ایمیل:

فکس:

ملک:

نام ملک:

نشانی:

ایمیل:

فکس:

درخواست کننده/مستاجر (کارمند)

مجوز انتشار اطلاعات

☐ ☐ ☐ ☐

شماره واحد (اگر تعیین شده)

چهار رقم آخر شماره تامین اجتماعی (SSN)

نام و نام خانوادگی درخواست کننده/ساکن با حروف بزرگ
با امضایم، بدینوسیله به منظور تعیین صلاحیت من برای اجاره یک واحد در ملک مشخص شده در بالا و در صورت نیاز برنامه های تامین مالی مرتبط با آن، نسبت به افشای اطلاعات درخواست شده زیر اجازه می دهم.

تاریخ

امضای درخواست کننده/مستاجر

درخواست کننده/مستاجر مذکور در بالا برای مسکن اجاره ای در گروهی که تحت یک برنامه مسکن ایالتی و/یا فدرال فعالیت می کند درخواست داده یا در حال حاضر در آن اقامت دارد و درآمدش باید تایید شود. اطلاعاتی که ارائه می دهید محرمانه باقی می ماند و فقط برای تعیین صلاحیت درخواست کننده/مستاجر برای اقامت در این ملک مورد استفاده قرار می گیرد.

کارفرما - لطفاً موارد زیر را تکمیل کنید: (برای موارد نامرتبط، گزینه «شامل نمی شود» را علامت بزنید)

نام کارمند:

عنوان شغل:

در حال حاضر شاغل: ☐ بله: ☐

خیر: ☐

تاریخ استخدام

تاریخ پایان کار

دستمزدهای منظم: \$ _____ در ☐ ساعت ☐ هفته ☐ دو هفته ☐ نصف ماه ☐ ماه ☐ سال

میانگین تعداد ساعات منظم در هفته: _____ کارمند اضافه کار می کند: ☐ بله ☐ خیر

میانگین تعداد ساعات اضافه کاری در هفته: _____ نرخ اضافه کاری: \$ _____ / ساعت < در YTD گنجانده شده؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ شامل نمی شود

میانگین تعداد ساعات تفاوت شیفت در هفته: _____ نرخ تفاوت شیفت: \$ _____ / ساعت < در YTD گنجانده شده؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ شامل نمی شود

کمسیون/پاداش: \$ _____ / ساعت / هفته / ماه انعام ها: \$ _____ / ساعت / هفته / ماه < در YTD گنجانده شده؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ شامل نمی شود

درآمد ناخالص سال تا امروز: \$ _____ کاری از: _____ تا _____ / _____ / _____

هرگونه تغییر پیش بینی شده در دستمزد این کارمند در 12 ماه آینده: ☐ بله ☐ خیر

لیست تغییرات آینده:

تاریخ اجرا:

کار کارمند، فصلی یا پراکنده است: ☐ بله ☐ خیر اگر بله، دوره ترک کار را مشخص کنید:

کارمند عضو حساب 401K/بازنشستگی است: ☐ بله ☐ خیر آیا کارمند می تواند به مبلغ موجود در حساب دسترسی پیدا کند؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر کارمند می تواند به حساب دسترسی داشته باشد، بدون بازنشسته شدن یا از دست دادن شغل چقدر می تواند برداشت کند؟ \$ _____

بدینوسیله با امضای زیر تایید می کنم که اطلاعاتی که ارائه کرده ام صحیح و درست است:

نام تایید کننده با حروف بزرگ

عنوان تایید کننده

شماره تلفن

امضای تایید کننده

تاریخ

ایمیل

اگر نگرانی هایی دارید یا اگر فکر می کنید ما می توانیم این ترجمه را بهبود بخشیم، لطفاً به Language.Access@HCS.oregon.gov ایمیل بفرستید