

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.

고용 확인서

이 섹션은 소유자/대리인 및 신청자/세입자가 작성해야 합니다

소유자/대리인은 이 양식을 신청자/세입자의 고용주에게 직접 우편, 팩스, 또는 이메일로 송부해야 합니다.

고용주:

회사명: _____

주소: _____

이메일: _____

팩스#: _____

부동산:

부동산명: _____

주소: _____

이메일: _____

팩스#: _____

신청자/세입자(직원)

정보 공개 승인

신청자/세입자 정자체 성명

SSN 마지막 4자리

유닛 #(할당된 경우)

본인 서명을 통해, 본인은 위에 명시된 유닛을 임차할 수 있는 본인의 적격성을 결정하기 위해서 및 이와 관련된 자금 조달 프로그램에서 요구되는 바에 따라 아래 요청된 정보를 공개하는 것을 승인합니다..

신청자/세입자 서명

날짜

위에 기재된 신청자/세입자는 소득 확인서가 필요한 주 및/또는 연방 주택 프로그램에 따라 운영되는 커뮤니티의 임대주택에 지원했거나 현재 거주하고 있습니다. 귀하가 제공하는 정보는 비밀이 유지되며 신청자/세입자가 이 부동산에 거주할 수 있는 적격성을 결정하는 데에만 사용됩니다.

고용주 - 다음을 작성하십시오: (해당하지 않는 경우 N/A 항목에 표시하십시오)

직원 성명: _____ 직위: _____

현재 고용 여부: ☐ 예: _____ ☐ 아니요: _____

고용일

고용 종료일

정기적인 임금: \$ _____ / ☐ 시간 ☐ 주 ☐ 2주 ☐ 반개월 ☐ 월 ☐ 년

정규 시간/주의 평균 #: _____ 직원이 초과근무를 합니다: ☐ 예 ☐ 아니요

초과근무 시간/주의 평균 #: _____ 초과근무 급여: \$ _____ /시간 > YTD에 포함됩니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ NA

교대별 차등 평균 시간/주: _____ 교대별 차등 임금: \$ _____ /시간 > YTD에 포함됩니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ NA

수수료/보너스: \$ _____ /시간/주/월 팁: \$ _____ /시간/주/월 > YTD에 포함됩니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ NA

연간 누적(YTD) 총소득: \$ _____ 근로 기간: _____ / _____ / _____ ~ _____ / _____ / _____

향후 12개월 내 이 직원의 임금에 있어 예상되는 변동 유무: ☐ 예 ☐ 아니요

향후 변동사항을 기재하십시오: _____ 발효일: _____

직원의 근무는 계절적이거나 산발적입니다: ☐ 예 ☐ 아니요 대답이 예인 경우, 일시 해고 기간을 표시하십시오: _____

직원은 401K/퇴직 연금 계좌에 참여하고 있습니다: ☐ 예 ☐ 아니요 직원이 계좌의 자금을 이용할 수 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
계좌를 이용할 수 있는 경우, 직원은 퇴직하거나 일자리를 잃지 않은 상태에서 얼마를 인출할 수 있습니까? \$ _____

본인은 아래 서명을 통해 본인이 제공한 정보가 진실되고 정확함을 증명합니다:

확인자의 정자체 성명

확인자의 직위

전화번호

확인자 서명

날짜

이메일

우려 또는 번역에 개선해야 할 사항이 있는 경우 Language.Access@HCS.oregon.gov로 이메일을 보내주십시오