

# 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.

OHCS Programs Employment Verification (REV 12/2017)

## 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 결정하는데만 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

주의: 미국 연방법 타이틀 18 섹션 1001에 따르면 행정부, 입법부, 사법부를 포함하여 미국 연방정부기관의 관할에 속하는 여하한 사항에 대하여 허위임을 알면서허위 진술하는 행위는 형사처벌의 대상이 됩니다.s

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

우려 또는 번역에 개선해야 할 사항이 있는 경우 [Language.Access@HCS.oregon.gov](mailto:Language.Access@HCS.oregon.gov)로 이메일을 보내주십시오