

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.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ТРУДОУСТРОЙСТВА

Этот раздел заполняется собственником / агентом или заявителем/арендатором

Собственник/агент должен отправить эту форму по почте / факсу / электронной почте непосредственно работодателю заявителя/арендатора.

РАБОТОДАТЕЛЬ:

Название компании: _____

Адрес: _____

Электронная почта: _____

Номер факса: _____

НЕДВИЖИМОСТЬ:

Название объекта: _____

Адрес: _____

Электронная почта: _____

Номер факса: _____

ЗАЯВИТЕЛЬ / АРЕНДАТОР (сотрудник) Разрешение на выдачу информации

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Последние четыре цифры №
социального страхования

Имя и фамилия заявителя/арендатора печатными
буквами

Номер квартиры (если
присвоен)

Ставя свою подпись, настоящим я даю разрешение на раскрытие запрошенной ниже информации для определения правомочности аренды указанной выше квартиры, согласно требованиям соответствующей программы/программ финансирования.

Подпись заявителя/арендатора

Дата

Названный выше заявитель/арендатор подал заявление на аренду жилья в сообществе (или в настоящее время там проживает), которое эксплуатируется в рамках жилищной программы штата и/или федеральной жилищной программы, требующей подтверждения дохода. Предоставленная вами информация останется конфиденциальной и будет использоваться исключительно для определения правомочности проживания заявителя / арендатора в данной квартире.

Работодатель — пожалуйста, заполните следующее: (укажите Н/П, если это неприменимо)

Название работодателя: _____ Название должности: _____

В настоящее время трудоустроена/трудоустроена: Да: _____ Нет: _____
Дата приема на работу _____ Дата увольнения _____

ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА: \$ _____ в час неделю две недели полмесяца месяц год

Среднее количество часов в неделю: _____ Сотрудник работает сверхурочно: Да Нет

Среднее количество сверхурочных часов в неделю: _____ Ставка оплаты сверхурочной работы: \$ _____ /час > Входит в период с начала года? Да Нет Н/П

Среднее количество часов, отработанных со сменной надбавкой в неделю: _____ Ставка со сменной надбавкой: \$ _____ /час > Входит в период с начала года? Да Нет Н/П

Комиссионные/премии: \$ _____ чаевых в час/неделю/месяц: \$ _____ в час/неделю/месяц > Входит в период с начала года? Да Нет Н/П

Валовой заработка с начала года по настоящее время: \$ _____ Заработано с: ___ / ___ / ___ по ___ / ___ / ___

Ожидаемые изменения в зарплате сотрудника в течение следующих 12 месяцев: Да Нет

Укажите предстоящие изменения: _____ Дата вступления в силу: _____

Работа сотрудника является сезонной или нерегулярной: Да Нет Если да, укажите периоды простоя: _____

Сотрудник участвует в программе 401K / Пенсионном плане: Да Нет Имеет ли сотрудник доступ к средствам на счету? Да Нет
Если доступ к счету имеется, то сколько средств сотрудник может снять, не уходя на пенсию и не увольняясь? \$ _____

Ставя свою подпись ниже, настоящим я подтверждаю, что предоставленная мною информация верна и соответствует действительности:

Имя и фамилия подтверждающего лица
печатными буквами

Должность подтверждающего лица

Номер телефона

Подпись подтверждающего лица

Дата

Электронная почта

В случае возникновения вопросов или необходимости в доработке перевода обращайтесь по адресу электронной почты
Language.Access@HCS.oregon.gov

ПРИМЕЧАНИЕ: глава 18 (раздел 1001) Гражданского кодекса США признает преднамеренную дачу ложных и искаженных заявлений любому департаменту правительства Соединенных Штатов по любому вопросу в рамках его юрисдикции уголовным преступлением.

Подтверждение трудоустройства участника программ OHCS English-Russian (ПЕРЕСМ. 12.2017)