

# 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)

# VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Esta sección debe ser completada por el propietario/agente y el solicitante/inquilino.

El propietario/agente debe enviar este formulario por correo postal, fax o correo electrónico directamente al empleador del solicitante/inquilino.

## EMPLEADOR:

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

## PROPIEDAD:

Nombre de la propiedad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

## SOLICITANTE/INQUILINO (empleado) Autorización de divulgación de información

--	--	--	--

Nombre en letra impresa del solicitante/inquilino

Últimos cuatro dígitos del SSN

N.º de unidad (si se asignó)

Con mi firma, autorizo la divulgación de la información solicitada a continuación con el fin de determinar mi elegibilidad para alquilar una unidad en la propiedad identificada anteriormente y según lo requieran los programas de financiación asociados a la misma.

Firma del solicitante/inquilino

Fecha

El solicitante/inquilino arriba mencionado solicitó o reside actualmente en una vivienda de alquiler en una comunidad que opera bajo un programa de vivienda estatal y/o federal que requiere verificación de ingresos. La información que proporcione será confidencial y solo se utilizará para determinar la elegibilidad del solicitante/inquilino para residir en esta propiedad.

## Empleador - complete la siguiente información: (marque N/C si no corresponde)

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Empleado actualmente:  SÍ: \_\_\_\_\_  NO: \_\_\_\_\_  
Fecha de contratación \_\_\_\_\_ Fecha de finalización del empleo \_\_\_\_\_

**SALARIOS regulares:** \$ \_\_\_\_\_ por  hora  semana  quincena  dos veces al mes  mes  año

Promedio de horas regulares por semana: \_\_\_\_\_ El empleado realiza horas extras:  Sí  No

Promedio de horas extras por semana: \_\_\_\_\_ Tarifa por hora extra: \$ \_\_\_\_\_ /hora > ¿Incluido en el YTD?  Sí  No  N/C

Promedio de horas con diferencial de turno por semana: \_\_\_\_\_ Tarifa con diferencial de turno: \$ \_\_\_\_\_ /hora > ¿Incluido en el YTD?  Sí  No  N/C

Comisiones/Bonos: \$ \_\_\_\_\_ /hora/semana/mes Propinas: \$ \_\_\_\_\_ /hora/semana/mes > ¿Incluido en el YTD?  Sí  No  N/C

**Ganancias brutas acumuladas en el año hasta la fecha (YTD):** \$ \_\_\_\_\_ ganados desde: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Se anticipan cambios en el salario del empleado dentro de los próximos 12 meses:**  Sí  No

Describa los cambios previstos: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

El trabajo del empleado es estacional o esporádico:  Sí  No Si respondió "Sí", indique los períodos de inactividad: \_\_\_\_\_

El empleado participa en un plan 401K o cuenta de jubilación:  Sí  No ¿Puede el empleado acceder a los fondos de esa cuenta?  Sí  No

Si puede acceder, ¿cuánto puede retirar el empleado sin jubilarse ni perder el empleo? \$ \_\_\_\_\_

Certifico con mi firma a continuación que la información proporcionada es verdadera y correcta:

Nombre en letra impresa del verificador

Cargo del verificador

Número de teléfono

Firma del verificador

Fecha

Correo electrónico

Si tiene preguntas o sugerencias para mejorar esta traducción, escriba a [Language.Access@HCS.oregon.gov](mailto:Language.Access@HCS.oregon.gov).