

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.

ПЕРЕВІРКА ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ

Цей розділ заповнюється власником/агентом та заявником/орендарем

Власник/агент повинен надіслати цю форму безпосередньо роботодавцю заявника/орендаря поштою, факсом або електронною поштою.

РОБОТОДАВЕЦЬ:

Назва компанії: _____

Адреса: _____

Електронна пошта: _____

Факс: _____

ВЛАСНІСТЬ:

Назва власності: _____

Адреса: _____

Електронна пошта: _____

Факс: _____

ЗАЯВНИК/ОРЕНДАР (працівник) Дозвіл на розголошення інформації

Ім'я заявника/орендаря друкованими літерами _____

Останні чотири цифри номера
соціального страхування

Номер квартири
(якщо присвоєно) _____

Своїм підписом я даю згоду на розкриття інформації, зазначеної нижче, з метою визначення мого права на оренду нерухомості, зазначеної вище, та відповідно до вимог програми/програм фінансування, пов'язаних з нею.

Підпис заявника/орендаря _____

Дата _____

Вищезазначений заявник/орендар подав заявку на оренду житла або наразі проживає в орендованому житлі в громаді, яка діє в рамках державної та/або федеральної житлової програми, що вимагає підтвердження доходів. Надана вами інформація залишиться конфіденційною і буде використовуватися виключно для визначення права заявника/орендаря на проживання в даному об'єкті нерухомості.

Роботодавець – заповніть наступні поля: (Позначте пункти, які не застосовуються, як Н/П)

Ім'я співробітника: _____ Посада: _____

На даний момент працює: ☐ ТАК: _____ ☐ НІ: _____
Дата прийняття на роботу _____ Дата закінчення трудових відносин _____

Регулярна ЗАРПЛАТА: \$ _____ В ☐ годину ☐ Тиждень ☐ Раз на два тижні ☐ Двічі на місяць ☐ Місяць ☐ Рік

Середня кількість робочих годин на тиждень: _____ Працівник працює понаднормово: ☐ Так ☐ Ні

Середня кількість понаднормових годин на тиждень: _____ Оплата понаднормових: \$ _____ /година

> Включено в YTD? ☐ Так ☐ Ні ☐ Н/П

Середня кількість годин на тиждень, що відрізняються від стандартних: _____ Ставка за понаднормову роботу: \$ _____ /година

> Включено в YTD? ☐ Так ☐ Ні ☐ Н/П

Комісії/бонуси: \$ _____ /чайові за годину/тиждень/місяць: \$ _____ /година/тиждень/місяць > Включено в YTD? ☐ Так ☐ Ні ☐ Н/П

Валовий прибуток за рік (YTD): \$ _____ Зароблено з: _____ / _____ / _____ до _____ / _____ / _____

Будь-які передбачувані зміни в заробітній платі цього працівника протягом наступних 12 місяців: ☐ Так ☐ Ні

Перелік майбутніх змін: _____ Дата набрання чинності: _____

Робота працівника є сезонною або випадковою: ☐ Так ☐ Ні Якщо «Так», вкажіть період(и) звільнення: _____

Співробітник бере участь у програмі 401K / пенсійному рахунку: ☐ Так ☐ Ні Чи можуть співробітники отримати доступ до коштів на рахунку? ☐ Так ☐ Ні

Якщо доступ до рахунку можливий, скільки співробітник може зняти, не звільняючись і не втрачаючи роботу? \$ _____

Цим я підтверджую своїм підписом, що інформація, яку я надав, є правдивою та достовірною:

Ім'я контролера друкованими літерами _____

Посада контролера _____

Номер телефону _____

Підпис контролера _____

Дата _____

Електронна пошта _____

Будь ласка, надішліть електронного листа на адресу Language.Access@HCS.oregon.gov, якщо у вас є зауваження або ми можемо покращити цей переклад