

# Employment Verification

(Verificación de Empleo)

**Employer's Name:**

Nombre de la Fuente de Información \_\_\_\_\_

**Recipient: Beneficiario**

\_\_\_\_\_

**Source's Address:**

Dirección del Proveedor \_\_\_\_\_

**Phone #: # de Teléfono**

(       ) \_\_\_\_\_

**Fax #: # de Fax**

(       ) \_\_\_\_\_

The recipient named above has applied for assistance governed by the federal government's Homeownership Program. We must verify all income and asset sources of this person and their household to determine eligibility. Please complete the following information and return as soon as possible in the envelope provided.

*El beneficiario nombrado arriba, ha hecho una solicitud para asistencia gobernado por el Programa de Vivienda del gobierno federal. Nosotros tenemos que verificar todos los ingresos y fuentes de dinero de esta persona y los miembros de su familia, para poder determinar si son elegibles. Por favor complete la información detallada a continuación y devuélvanosla lo antes posible en el sobre adjunto.*

**Applicant/ Name:**

Nombre del /Residente: \_\_\_\_\_

I hereby authorize the release of the following information in order to determine my eligibility for the Housing Program.

*(Aquí doy mi autorización para que la siguiente información se suministre y así poder determinar mi elegibilidad para el Programa de Vivienda.*

**Signature: (Firma)** \_\_\_\_\_

**Social Security #: (Numero de Seguro Social)** \_\_\_\_\_

**If the item does not apply, please indicate by placing "N/A" on the appropriate line.**

*Si la pregunta no aplica a esta persona, indíquelo escribiendo N/A en la línea apropiada*

**Position or Title: Posición o Título** \_\_\_\_\_

**Date of Hire: Fecha en que fue empleado (a)** \_\_\_\_\_

**Compensation Information** Información de Compensación

YES SI    NO NO

1. **Hourly Wages (Salario por hora)** \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**Has employment been continuous?**

*¿Ha sido continuo el trabajo?*

2. **# of Hours/Week (#Horas/semana)** \_\_\_\_\_

3. **# of Weeks/Year (Including paid vacations)**

*# de Semanas / año (incluyendo vacaciones pagadas)* \_\_\_\_\_

**If NO, please explain**

*Si NO, por favor explique* \_\_\_\_\_

**Overtime Information** (Información de tiempo extra)

4. **Hourly Overtime Wages**

*Salario por hora del tiempo extra* \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**Is overtime seasonal?**

*¿Es el trabajo extra de acuerdo a la estación?*

5. **# of Overtime Hours/Week**

*# de horas de tiempo extra por semana* \_\_\_\_\_

**# of Weeks of OT/Year**

*# de semanas de tiempo extra al Año* \_\_\_\_\_

**Raise Information** (Información de aumento de salario)

6. **Next Raise (Please state hourly increase)**

*Próximo aumento de salario (Indique el aumento por hora)* \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**Comments:**

*Comentarios* \_\_\_\_\_

7. **Date of Next Raise** *Fecha del próximo aumento de salario* \_\_\_\_\_

**Additional Compensation Information** Información sobre compensaciones adicionales

8. **Tips/Week Propinas / semana** \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

**Comments:**

*Comentarios* \_\_\_\_\_

9. **Bonuses, Commissions or Other Types Bonos, comisiones u otros tipos** \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_

*Comentarios* \_\_\_\_\_

**Signature Of Source:**

*Firma de la Fuente de Información:* \_\_\_\_\_

**Title:**

*Titulo* \_\_\_\_\_

**Date Completed Form: Fecha en que se completo el formulario:** \_\_\_\_\_

**Phone #: # de Teléfono** (       ) \_\_\_\_\_

Requested by:  
Community Services of Arizona  
6704 North 59th Ave  
Glendale, AZ. 85301