

EMPLOYER EARNED INCOME FORM / ЗАПОЛНЯЕМЫЙ РАБОТОДАТЕЛЕМ БЛАНК  
ПОЛУЧЕНИЯ СОТРУДНИКОМ ТРУДОВОГО ДОХОДА

Authorization to release information / Разрешение на предоставление информации

Предоставьте информацию/ \_\_\_\_\_ Факс/  
Please release information to: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. клиента/  
Client Name: \_\_\_\_\_  
Last name / Фамилия First Name / Имя MI / Отчество

I hereby authorize the following organization, employer, or person(s) to provide and release the income to Hopelink for the months listed below. I authorize Hopelink to verify any information provided. / Настоящим я разрешаю следующей организации, работодателю или лицу (лицам) раскрывать и предоставлять информацию о доходах организации Hopelink за указанные ниже месяцы. Я разрешаю Hopelink проверять любую предоставленную информацию.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
Month, Year / Месяц, год Month, Year / Месяц, год Month, Year / Месяц, год

\_\_\_\_\_  
Client Signature / Подпись клиента

**Employer provides information below**

Company Name: \_\_\_\_\_

Company Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**\*\*Information must be exact Gross Income, not net or estimated\*\***

| Month:   | Year: | Gross Monthly Income: |
|----------|-------|-----------------------|
| 1. _____ | _____ | \$ _____              |
| 2. _____ | _____ | \$ _____              |
| 3. _____ | _____ | \$ _____              |

Name of individual providing data: \_\_\_\_\_  
Name and Title

Phone Number: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_