



EMPLOYER EARNED INCOME FORM / 고용주 근로 소득 양식  
Authorization to release information / 정보 공개 승인서

해당 정보를 다음에 제공해주십시오 /

팩스 /

Please release information to: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

고객 이름 /

Client Name: \_\_\_\_\_  
Last name / 성                      First Name / 이름                      MI / 중간 이름

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. / 본인은 이로써 다음 조직, 고용주 또는 개인(들)이 아래 표시된 월 동안의 소득 정보를 Hopelink에 제공 및 공개할 수 있도록 승인합니다. 본인은 또한 Hopelink에서 제공된 정보를 확인할 수 있도록 승인합니다.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
Month, Year / 월/연도                      Month, Year / 월/연도                      Month, Year / 월/연도

\_\_\_\_\_  
Client Signature / 고객 서명

**Employer provides information below / 고용주는 아래 정보를 제공해주십시오**

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: \_\_\_\_\_