



# Office du logement (Housing Authority) du District de Columbia

300 7th Street, SW | 10e étage  
Washington, DC 20024  
[202] 535-1000 | dchousing.org

Année anniversaire \_\_\_\_\_  
Mois anniversaire \_\_\_\_\_  
Numéro de suivi du document \_\_\_\_\_

Nom du participant \_\_\_\_\_

Adresse du participant \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale du participant \_\_\_\_\_

## **FORMULAIRE DE VÉRIFICATION D'EMPLOI :**

Représentant du DCHA : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, autorise par la présente \_\_\_\_\_  
à divulguer les informations demandées ci-dessous.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

La personne identifiée ci-dessus est un demandeur ou un participant à un programme de location subventionné par le gouvernement fédéral administré par l'Office de logement du District de Columbia (DCHA). Nous sommes tenus de vérifier les revenus de tous les candidats à l'admission ou au maintien dans le programme d'aide au loyer. Veuillez fournir les informations demandées ci-dessous dès que possible.

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse de l'employeur \_\_\_\_\_

**LES REVENUS BRUTS** au cours des 12 derniers mois, de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_, étaient de \$ \_\_\_\_\_

Si vous avez travaillé moins de 12 mois, les revenus de la date d'embauche à \_\_\_\_\_ étaient de \$ \_\_\_\_\_

Nombre moyen d'heures par semaine \_\_\_\_\_ Salaire horaire \$ \_\_\_\_\_

Nombre total de semaines par an \_\_\_\_\_

Heures supplémentaires moyennes ou totales effectuées \_\_\_\_\_ Salaire horaire des heures supplémentaires \$ \_\_\_\_\_  
(Choisir une option)

Les heures supplémentaires sont : (Cochez une option) Régulières  Sporadique  Montant de la prime, de la  
rémunération incitative, de la commission et/ou

Les pourboires sont : \$ \_\_\_\_\_ (Cochez une option) Réguliers  Sporadiques

Taux de rémunération de base précédents : \$ \_\_\_\_\_ Par \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur

\$ \_\_\_\_\_ Par \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ Par \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur \_\_\_\_\_

---

**VÉRIFICATION D'EMPLOI**

---

Nom de l'employé selon vos dossiers : \_\_\_\_\_ .

Selon vos dossiers, le numéro de sécurité sociale de l'employé est le même que celui indiqué ci-dessus :  Oui  Non

Si cela est connu, le changement prévu du taux de rémunération : \$ \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur \_\_\_\_\_

Ce poste est-il financé par les fonds du TITRE V :  Oui  Non

Date d'embauche initiale : \_\_\_\_\_ Réembauche : \_\_\_\_\_

Date de cessation : \_\_\_\_\_ Titre/profession de l'employé \_\_\_\_\_

Prévoyez-vous que cet employé restera dans votre entreprise pendant les 12 prochains mois ?  Oui  Non

En cas d'emploi saisonnier ou sporadique, indiquez les périodes de mise à pied habituelles : \_\_\_\_\_

Si l'employé ne reçoit pas de salaire en raison d'un statut de maladie/suspension, quelle est la dernière date à laquelle il a travaillé ? \_\_\_\_\_

---

**RETENUES SUR LE SALAIRE :**

---

Soins de santé \$ \_\_\_\_\_ Par mois. Soins dentaires \_\_\_\_\_ Par mois. Autre \_\_\_\_\_

---

**SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR :**

---

Renseigné par \_\_\_\_\_ Titre \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de l'employeur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ RENVoyer LE FORMULAIRE À L'ADRESSE CI-DESSUS :**

**Programme relatif aux bons de choix de logement  
300 7th Street, SW 10e étage  
Washington, DC 20024**

**MERCI POUR VOTRE RÉPONSE IMMÉDIATE !**