

Name of Applicant

ID#

FORM A – EMPLOYEE INCOME STATEMENT

Employee's Name:

Position and Title:

Date of Employment: Day/...../Month/...../Year/.....

	Amount in US \$ (if "none", kindly indicate as such)
Annual Basic Salary	
Annual Family Allowance	
Annual Transportation	
Annual Accommodation	
Annual Profit Sharing Amount from Employer	
Annual Bonus	
Annual Commission	
Any Other Annual Benefit	
Educational Benefits (each child separately)	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

No. of Months Payable / Year:

Employer's Name:

Employer's Title:

Name of Institution:

Type of Institution (Nature of Work):

E-mail: Telephone:

Employer's Signature and Seal: Date: / /

..... اسم الطالب: اسم الطالب:

..... رقم البطاقة: رقم البطاقة:



إفادة بدخل الموظف

..... اسم الموظف: اسم الموظف:

..... صفة الموظف وطبيعة عمله: صفة الموظف وطبيعة عمله:

..... تاريخ بدء العمل: اليوم / / الشهر / / السنة /

المبلغ بالدولار الأمريكي (في حال عدم وجوده الرجاء الإشارة بـ «لا»)	
	الراتب الأساسي السنوي
	التعويضات العائلية السنوية
	تعويضات النقل السنوي
	بدل السكن السنوي
	مقدار الأرباح السنوية التي يتقاسمها الموظف مع رب العمل
	المكافآت السنوية
	العمولة السنوية
	مكاسب وعلاوات سنوية أخرى
	منح التعليم (حقن خاص لكل من أولاد ولي الأمر)
	١.
	٢.
	٣.
	٤.
	٥.

..... عدد الأشهر التي يتقاضاها الموظف في العام الواحد: عدد الأشهر التي يتقاضاها الموظف في العام الواحد:

..... اسم رب العمل: اسم رب العمل:

..... صفة رب العمل: صفة رب العمل:

..... اسم المؤسسة: اسم المؤسسة:

..... نوع المؤسسة وطبيعة عملها: نوع المؤسسة وطبيعة عملها:

..... البريد الإلكتروني: الهاتف: البريد الإلكتروني: الهاتف:

..... توقيع صاحب المؤسسة وختم المؤسسة: التاريخ: / /