

**All OHCS Programs:
Self-Certification of Household Annual Income**

This page to be completed by Resident/Household

Effective Date: _____

Move-In Date: _____

Risk Share Program Only: Each adult in household must attach a copy of their completed & filed IRS Federal Tax Return to this certification.

Property Name: _____

County: _____

Address: _____

Unit Number: _____ # Bedrooms: _____

Household: Enter all household member name(s) and date(s) of birth below. Also note whether or not any household member is or will be a student in the next 12 months. Continue on separate sheet if more than 6 household members. *NOTE: LIHTC & HOME Student Rules are different.

HH Mbr #	Last Name	First Name & Middle Initial	Relationship to Head	Date of Birth	*Student Yes/No	SSN (last 4 digits)
1			Head			
2						
3						
4						
5						
6						

HOUSEHOLD'S GROSS ANNUAL INCOME

HH Mbr#	Source of Income: Employment, Soc. Security, Public Assistance, Child Support or Other			Gross Annual Amount

Add Total Household Income (a) = \$ _____

HOUSEHOLD'S INCOME FROM ASSETS

HH Mbr #	Type of Asset: Checking, Savings, Retirement Account, Real Estate, or Other		Cash Value of Asset	Actual Income from Asset
HH Mbr#	Disposed of Assets- Assets given away for less than market value		Cash Value of Disposed Asset	Income from Disposed Asset

Total Income from Assets (b) = \$ _____

Add Total Annual Household Income from all Sources (a)+(b) = _____

I agree to notify management **IMMEDIATELY** if:

Anyone in my household becomes a student, and/or my household composition changes in any way.

I certify under penalties of perjury that the above information is complete and accurate to the best of my knowledge. I understand that false or incomplete information is a violation of the terms of my lease agreement and may be grounds for eviction. I agree to provide any additional documentation required by the property owner/management to document my/our household income.

Head of Household Adult Signature

Print Name

Date

Other Household Adult Signature

Print Name

Date

**Все программы OHCS:
самостоятельная сертификация годового дохода семьи**

Данная страница заполняется жильцом/семьей

Дата вступления в силу: _____

Дата заселения: _____

Только для программы страхования с разделением рисков: каждый взрослый член семьи в рамках этой сертификации должен прикрепить копию своей заполненной и зарегистрированной федеральной налоговой декларации IRS.

Название объекта: _____

Округ: _____

Адрес: _____

Номер квартиры: _____ Количество комнат: _____

Семья: введите ниже имена и фамилии, а также даты рождения всех членов семьи. Также отметьте, является ли кто-либо из членов семьи учащимся или станет им в течение следующих 12 месяцев. Если в состав семьи входит более 6 человек, продолжите заполнение на отдельном листе. *ПРИМЕЧАНИЕ: правила в отношении учащихся по программам LINTC и HOME различаются.

№ члена семьи	Фамилия	Имя и средний инициал	Отношение к главе семьи	Дата рождения	*Учащийся Да/нет	№ социального страхования (последние 4 цифры)
1			Глава семьи			
2						
3						
4						
5						
6						

ВАЛОВОЙ ГОДОВОЙ ДОХОД СЕМЬИ

№ члена семьи	Источники дохода: трудоустройство, социальное обеспечение, государственная помощь, алименты на детей и пр.		Сумма валового годового дохода

Сложите общий доход семьи (a) =

\$

ДОХОД СЕМЬИ ОТ АКТИВОВ

№ члена семьи	Тип актива: текущие/сберегательные/пенсионные счета, недвижимость и пр.	Денежная стоимость актива	Фактический доход от актива
№ члена семьи	Реализованные активы — активы, отданные по цене ниже рыночной стоимости	Денежная стоимость реализованного актива	Доход от реализованного актива

Общий доход от активов (b) =

\$

Сложите общий годовой доход семьи из всех источников (a) + (b) =

Я согласен/согласна **НЕМЕДЛЕННО** уведомлять управляющую компанию в следующих случаях:

Кто-либо из членов моей семьи станет учащимся, и/или каким-то образом изменится состав семьи.

Под страхом наказания за лжесвидетельство я подтверждаю, что представленная выше информация является полной и точной, насколько мне известно. Я понимаю, что ложная или неполная информация является нарушением условий моего договора аренды и может служить основанием для выселения. Я согласен/согласна предоставить любую дополнительную информацию, которая потребуется собственнику недвижимости / управляющей компании для документирования дохода моей/нашей семьи.

Подпись взрослого главы семьи

Имя и фамилия печатными буквами

Дата

Подпись другого взрослого главы семьи

Имя и фамилия печатными буквами

Дата

DETERMINATION OF INCOME ELIGIBILITY

Current Household Size: # _____

TOTAL ANNUAL **HOUSEHOLD**
INCOME FROM ALL SOURCES:

\$ _____

Current Income Limit per Family
Size and Program:

\$ _____

Household meets the following Income Restrictions:

☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ _____%

☐ Low HOME 50% ☐ High HOME 60%

Household Size at Move-In: # _____

Household Income at Move-In: \$ _____

Current Income Limit X140%: _____

Household Exceeds 140% at this Recert:

☐ Yes ☐ No

HOME Program:

Current 80% MFI Income Limit: _____

Current Household Income Exceeds 80%: ☐ Yes ☐ No

DETERMINATION OF RENT

A) Tenant Paid Rent: \$ _____

B) Utility Allowance: \$ _____

C) Non-Optional Charges: \$ _____

D) Rent Assistance (RA): \$ _____ ☐ Tenant Based ☐ Project Based

GROSS RENT FOR UNIT:

LIHTC/Risk Share Programs:

A)+B)+C) = \$ _____

HOME Program:

A)+B)+C)+D)= \$ _____

Current Maximum Gross Rent Limit:

LIHTC: \$ _____

HOME: \$ _____

Unit Meets Rent Restriction At:

☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60%

Other: ☐ _____%

HOME Program:

Required HOME Rent Restriction for Unit:

☐ Low HOME ☐ High HOME

Required Designation for Unit:

☐ Floating ☐ Fixed

STUDENT STATUS

LIHTC/Risk Share Programs ONLY:

Are **ALL** Household Members Full Time Students:

☐ NO ☐ YES = Exemption(s): # _____

Exemptions:

1. Tanf Assistance
2. Job Training Program
3. Single Parent with dependent child/ren
4. Married and file joint tax return
5. Previous Foster Care Assistance

HOME Program ONLY:

Are **ANY** Household Members Students:

☐ NO ☐ YES = Exemption(s): # _____

Exemptions:

1. Over age 24
2. Veteran of the US Military
3. Married
4. Has one or more dependent children
5. Under 24 & independent of parents or parents are income eligible

OTHER PROGRAM TYPES

Mark the program(s) listed below for which this households' unit is counted toward the property's occupancy requirements.

Under each program marked, indicate the **household's income status** as established by this certification

<input type="checkbox"/> Elderly Bond/Conduit	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> GHAP/Housing+/PSH	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> HDGP/Trust Fund	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> 30%	<input type="checkbox"/> 40%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> Other: _____

SIGNATURE OF OWNER/REPRESENTATIVE

Based on the representations herein and upon the information submitted, the individual(s) named on page one of this Self-Certification is/are eligible under the provisions of Section 42 of the Internal Revenue Code, as amended and all of the Regulatory Agreements as applicable to live in an income/rent-restricted unit in this project.

Printed Name of Owner/Representative _____

Signature of Owner/Representative _____

Date _____

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОХОДА

Текущий размер семьи: кол-во _____

ОБЩИЙ ГОДОВОЙ ДОХОД СЕМЬИ ИЗ ВСЕХ ИСТОЧНИКОВ:

\$ _____

Текущий предельный доход в соответствии с размером семьи и программой:

\$ _____

Семья соответствует следующим ограничениям дохода:

☐ 30 % ☐ 40 % ☐ 50 % ☐ 60 % ☐ _____%

☐ Low HOME 50 % ☐ High HOME 60 %

Размер семьи на момент заселения: кол-во _____

Доход семьи на момент заселения: \$ _____

Текущий предельный доход X 140 %: _____

В эту повторную сертификацию доход семьи превышает 140 %:

☐ Да ☐ Нет

Программа HOME:

Текущий предел дохода — 80 % MFI: _____

Текущий доход семьи превышает 80 %: ☐ Да ☐ Нет

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АРЕНДНОЙ ПЛАТЫ

A) Арендная плата, оплачиваемая арендатором: \$ _____

B) Пособие на коммунальные услуги: \$ _____

C) Обязательные взносы: \$ _____

D) Помощь с оплатой аренды (RA): \$ _____ ☐ Для арендатора ☐ Для проекта

ВАЛОВАЯ АРЕНДНАЯ ПЛАТА ЗА КВАРТИРУ:

Программы LINTC / страхования с разделением рисков: _____ Программа HOME: _____

A) + B) + C) = \$ _____

A) + B) + C) + D) = \$ _____

Текущий максимальный валовой предел арендной платы:

LINTC: \$ _____ HOME: \$ _____

Квартира соответствует ограничению арендной платы:

☐ 30 % ☐ 40 % ☐ 50 % ☐ 60 %

Другое: ☐ _____%

Программа HOME:

Обязательное ограничение арендной платы по программе HOME для квартиры:

☐ Low HOME ☐ High HOME

Необходимая категория квартиры:

☐ Плавающая ☐ Фиксированная

СТАТУС УЧАЩИХСЯ

Только для программ LINTC / страхования с разделением рисков:

ВСЕ жильцы являются учащимися очной формы обучения:

☐ Нет ☐ Да = исключения: кол-во _____

Исключения:

1. Помощь TANF
2. Программа профессиональной подготовки
3. Одинокий родитель с ребенком/детьми на иждивении
4. Женат/замужем и заполняю совместную налоговую декларацию
5. Предыдущая поддержка при нахождении под опекой

ТОЛЬКО для программы HOME:

Является ли **КТО-ЛИБО** из членов семьи учащимся:

☐ Нет ☐ Да = исключения: кол-во _____

Исключения:

1. Старше 24 лет
2. Ветеран армии США
3. Женат/замужем
4. Имеет одного или нескольких детей на иждивении
5. Младше 24 лет и независим/независима от родителей, или родители имеют право на пособие, исходя из их доходов

ДРУГИЕ ТИПЫ ПРОГРАММ

Отметьте программы, перечисленные ниже, в рамках которой квартира этой семьи учитывается в требованиях по заполняемости жилья.

Для каждой отмеченной программы укажите доход семьи, установленный настоящим свидетельством.

<input type="checkbox"/> Облигации для финансирования жилья для престарелых / кондуит	<input type="checkbox"/> 30 % <input type="checkbox"/> 40 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 60 % <input type="checkbox"/> 80 % <input type="checkbox"/> Прочее: _____
<input type="checkbox"/> GHAP/Housing+/PSH	<input type="checkbox"/> 30 % <input type="checkbox"/> 40 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 60 % <input type="checkbox"/> 80 % <input type="checkbox"/> Прочее: _____
<input type="checkbox"/> HDGP / трастовый фонд	<input type="checkbox"/> 30 % <input type="checkbox"/> 40 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 60 % <input type="checkbox"/> 80 % <input type="checkbox"/> Прочее: _____
<input type="checkbox"/> Прочее:	<input type="checkbox"/> 30 % <input type="checkbox"/> 40 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 60 % <input type="checkbox"/> 80 % <input type="checkbox"/> Прочее: _____

ПОДПИСЬ СОБСТВЕННИКА/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

На основании представленных здесь заявлений, а также предоставленной информации, лица, указанные на первой странице настоящей самостоятельной сертификации дохода арендатора, имеют право в соответствии с положениями Раздела 42 Налогового кодекса с поправками и всех применимых регулятивных соглашений проживать в квартире в этом доме с ограничением дохода / арендной платы.

Имя и фамилия собственника/представителя
печатными буквами

Подпись собственника/представителя

Дата

В случае возникновения вопросов или необходимости в доработке перевода обращайтесь по адресу электронной почты
Language.Access@HCS.oregon.gov