

**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

**Todos los programas de OHCS:
autocertificación del ingreso anual del hogar**

Esta página debe ser completada por el residente/hogar

Fecha de entrada en vigor: _____

Fecha de mudanza: _____

Solo para el programa de reparto de riesgos (Risk Share):

todos los adultos del hogar deben adjuntar una copia de su declaración de impuestos federales presentada ante el IRS junto con esta certificación.

Nombre de la propiedad: _____

Condado: _____

Dirección: _____

Número de unidad: _____ Cant. de habitaciones: _____

Hogar: ingrese abajo los nombres y las fechas de nacimiento de todos los miembros del hogar. También indique si algún miembro del hogar es o será estudiante en los próximos 12 meses. Continúe en una hoja aparte si hay más de 6 miembros en el hogar. *NOTA: las reglas para estudiantes en LIHTC y HOME son diferentes.

N.º de miembros del hogar	Apellido	Nombre e inicial del segundo nombre	Relación con el/la jefe/a de hogar	Fecha de nacimiento	*Estudiante Sí/No	SSN (últimos 4 dígitos)
1			Jefe/a			
2						
3						
4						
5						
6						

INGRESO ANUAL BRUTO DEL HOGAR

N.º de miembros del hogar	Fuentes de ingresos: Empleo, Seg. Soc., asistencia pública, manutención de hijos u otra			Monto anual bruto

Sume el total de ingresos del hogar (a) = \$

INGRESOS DEL HOGAR PROVENIENTES DE ACTIVOS

N.º de miembros del hogar	Tipo de activo: cuenta corriente, cuenta de ahorro, cuenta de jubilación, bien inmueble u otro.		Valor en efectivo del activo	Ingreso real proveniente de activos
N.º de miembros del hogar	Activos enajenados: activos entregados o donados por un valor menor al valor de mercado.		Valor en efectivo del activo enajenado	Ingreso proveniente del activo enajenado

Ingresos totales provenientes de activos (b) = \$

Sume el ingreso anual total del hogar de todas las fuentes (a)+(b) =

Me comprometo a informar **DE INMEDIATO** a la administración si:

Algún miembro de mi hogar pasa a ser estudiante, y/o la composición de mi hogar cambia de alguna manera.

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información anterior es completa y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa o incompleta constituye una violación de los términos de mi contrato de arrendamiento y puede ser motivo de desalojo. Acepto proporcionar cualquier documentación adicional que requiera el propietario o la administración de la propiedad para verificar los ingresos de mi/nuestro hogar.

Firma del/la adulto/a jefe/a de hogar

Nombre en letra imprenta

Fecha

Firma de otro/a adulto/a del hogar

Nombre en letra imprenta

Fecha

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 _____

*** Esta página debe ser completada por el propietario/administrador***

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD DE LOS INGRESOS

Tamaño actual del hogar: (cant.) _____

**INGRESO ANUAL TOTAL DEL
HOGAR DE TODAS LAS FUENTES:**

\$

Límite de ingreso actual por tamaño
familiar y programa:

\$

El hogar cumple con las siguientes restricciones de ingresos:

☐ 30 % ☐ 40 % ☐ 50 % ☐ 60 % ☐ ____ %

☐ HOME Bajo 50 % ☐ HOME Alto 60 %

Tamaño del hogar al momento de la mudanza: (cant.) _____

Ingreso del hogar al momento de la mudanza: \$ _____

Límite de ingreso actual x 140 %: _____

El hogar excede el 140 % en esta recertificación:

☐ Sí ☐ No

Programa HOME:

Límite de ingreso actual al 80 % del MFI: _____

El ingreso actual del hogar excede el 80 %: ☐ Sí ☐ No

DETERMINACIÓN DEL ALQUILER

A) Alquiler pagado por el inquilino: \$ _____

B) Asignación por servicios públicos: \$ _____

C) Tarifas no opcionales: \$ _____

D) Asistencia para el alquiler (RA): \$ _____ ☐ Basado en el inquilino ☐ Basado en el proyecto

ALQUILER BRUTO DE LA UNIDAD:

Programas LIHTC/Reparto de riesgos:

Programa HOME:

A)+B)+C) = \$

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

Límite de alquiler bruto máximo actual:

LIHTC: \$ _____ **HOME:** \$ _____

La unidad cumple con la restricción de alquiler de:

☐ 30 % ☐ 40 % ☐ 50 % ☐ 60 %

Otro: ☐ ____ %

Programa HOME:

Restricción de alquiler requerida por unidad del
programa HOME:

☐ HOME Bajo ☐ HOME Bajo

Designación requerida de la unidad:

☐ Flotante ☐ Fija

CONDICIÓN DE ESTUDIANTES

SOLO los programas LIHTC/Reparto de riesgos:

TODOS los miembros del hogar son estudiantes a tiempo completo:

☐ No ☐ Sí = Exenciones: (cant.) _____

Exenciones:

1. Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
2. Programa de capacitación laboral
3. Padre o madre soltero/a con hijos/as dependientes
4. Persona casada que presenta una declaración conjunta de impuestos
5. Asistencia previa del sistema de acogida

SOLO el programa HOME:

ALGUNOS de los miembros del hogar son estudiantes

☐ No ☐ Sí = Exenciones: (cant.) _____

Exenciones:

1. Mayor de 24 años
2. Veterano/a de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.
3. Casado/a
4. Uno/a o más hijos/as dependientes
5. Menor de 24 e independiente de los padres o con padres elegibles por sus ingresos

OTROS TIPOS DE PROGRAMAS

Marque los programas que se mencionan a continuación para los cuales la unidad de este hogar contará para cumplir con los requisitos de ocupación de la propiedad.

Debajo de cada programa marcado, indique el estado de ingresos del hogar según lo establecido en esta certificación.

<input type="checkbox"/> Bono para personas mayores/Intermediario	<input type="checkbox"/> 30 %	<input type="checkbox"/> 40 %	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 60 %	<input type="checkbox"/> 80 %	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<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"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> HDGP/Fondo fiduciario	<input type="checkbox"/> 30 %	<input type="checkbox"/> 40 %	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 60 %	<input type="checkbox"/> 80 %	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> 30 %	<input type="checkbox"/> 40 %	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 60 %	<input type="checkbox"/> 80 %	<input type="checkbox"/> Otro: _____

FIRMA DEL PROPIETARIO/REPRESENTANTE

En función de las declaraciones contenidas en el presente documento y en la información presentada, la/s persona/s mencionada/s en la primera página de esta autocertificación es/son elegible/s, conforme a las disposiciones de la Sección 42 de la Ley Federal Tributaria, según sus enmiendas, y a todos los Acuerdos Regulatorios correspondientes, para residir en una unidad de este proyecto con restricciones de ingresos/alquiler.

Nombre en letra imprenta del
propietario/representante

Firma del propietario/representante

Fecha

Si tiene preguntas o sugerencias para mejorar esta traducción, escriba a Language.Access@HCS.oregon.gov.