

**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

**Всі програми OHCS:
Самосертифікація річного доходу домогосподарства**

Цю сторінку заповнює мешканець/домогосподарство

Дата набрання чинності: _____

Дата заселення: _____

Тільки програма розподілу ризиків: Кожен дорослий член домогосподарства повинен додати до цього підтвердження копію заповненої та поданої федеральної податкової декларації IRS.

Назва власності: _____

Округ: _____

Адреса: _____

Номер квартири: _____ Кількість спалень: _____

Домогосподарство: Введіть нижче імена всіх членів домогосподарства та дати їх народження. Також зазначте, чи є хтось із членів домогосподарства учнем/студентом або чи буде ним протягом наступних 12 місяців. Якщо у домогосподарстві проживає більше 6 осіб, продовжуйте заповнювати на окремому аркуші. *ПРИМІТКА: Правила LINTC та HOME для учнів/студентів відрізняються.

HH Mbr #	Прізвище	Ім'я та по-батькові	Відносини з головою домогосподарства	Дата народження	*Учень/студент Так/Ні	SSN (останні 4 цифри)
1			Голова			
2						
3						
4						
5						
6						

ВАЛОВИЙ РІЧНИЙ ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА

HH Mbr#	Джерело доходу: Працевлаштування, соціальне страхування, державна допомога, допомога на утримання дітей або інше			Річна валова сума

Загальний дохід домогосподарства (a) =

\$

ЗАГАЛЬНИЙ ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА ВІД АКТИВІВ

HH Mbr #	Тип активу: Рахунок для розрахунків, ощадний рахунок, пенсійний рахунок, рахунок для нерухомості або інший		Грошова вартість активу	Фактичний дохід від активів
HH Mbr#	Реалізовані активи - Активи, передані за ціною нижче ринкової вартості		Грошова вартість реалізованого активу	Дохід від реалізованих активів

Загальний дохід від активів (b) =

\$

Додайте загальний річний дохід домогосподарства з усіх джерел (a)+(b) =

Я погоджуюсь **НЕГАЙНО** повідомити керівництво, якщо:

Будь-хто з членів мого домогосподарства стає учнем/студентом, і/або склад мого домогосподарства будь-яким чином змінюється.

Під загрозою покарання за неправдиві свідчення я підтверджую, що вищезазначена інформація є повною та точною, наскільки мені відомо. Я розумію, що надання неправдивої або неповної інформації є порушенням умов мого договору оренди і може бути підставою для виселення. Я погоджуюсь надати будь-які додаткові документи, необхідні власнику/управлінцю нерухомості для підтвердження доходу мого/нашого домогосподарства.

Підпис дорослого голови домогосподарства

Ім'я друкованими літерами

Дата

Підпис іншого дорослого члена домогосподарства

Ім'я друкованими літерами

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

☐ Elderly Bond/Conduit	☐ 30%	☐ 40%	☐ 50%	☐ 60%	☐ 80%	☐ Other: _____
☐ GHAP/Housing+/PSH	☐ 30%	☐ 40%	☐ 50%	☐ 60%	☐ 80%	☐ Other: _____
☐ HDGP/Trust Fund	☐ 30%	☐ 40%	☐ 50%	☐ 60%	☐ 80%	☐ Other: _____
☐ Other:	☐ 30%	☐ 40%	☐ 50%	☐ 60%	☐ 80%	☐ 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

ВИЗНАЧЕННЯ ПРАВА НА ДОХІД

Поточний розмір домогосподарства: # _____

ЗАГАЛЬНИЙ РІЧНИЙ ДОХІД
ДОМОГОСПОДАРСТВА З УСІХ ДЖЕРЕЛ:

\$

Поточний ліміт доходу на розмір сім'ї та програму:

\$

Домогосподарство відповідає таким обмеженням щодо доходу:

☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ ____%

☐ Низький HOME 50% ☐ Високий HOME 60%

Розмір домогосподарства при заселенні: # _____

Дохід домогосподарства при заселенні: \$ _____

Ліміт поточного доходу x 140%: _____

Домогосподарство перевищує 140% при повторній сертифікації:

☐ Так ☐ Ні

Програма HOME:

Ліміт поточного доходу 80% MFI: _____

Поточний дохід домогосподарства перевищує 80%: ☐ Так ☐ Ні

ВИЗНАЧЕННЯ ОРЕНДИ

A) Орендар сплатив орендну плату: \$ _____

B) Допомога на оплату комунальних послуг: \$ _____

C) Необов'язкові витрати: \$ _____

D) Допомога зі сплатою оренди (RA): \$ _____ ☐ На основі орендаря ☐ На основі проекту

ВАЛОВА ОРЕНДНА ПЛАТА ЗА КВАРТИРУ:

ЛІНТС/програма розподілу ризиків:

Програма HOME:

A)+(B)+(C) =

\$

A)+(B)+(C)+(D) =

\$

Поточна максимальна межа валової орендної плати:

ЛІНТС: \$ _____

HOME: \$ _____

Квартира відповідає обмеженням щодо орендної плати:

☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60%

Інше: ☐ ____%

Програма HOME:

Необхідні обмеження щодо орендної плати за квартиру для HOME:

☐ Низький HOME ☐ Високий HOME

Необхідне позначення для квартири:

☐ Плаваюча ☐ Фіксована

СТАТУС УЧНЯ/СТУДЕНТА

ЛІНТС/ТІЛЬКИ програма розподілу ризиків:

Чи **ВСІ** члени домогосподарства є учнями/студентами денної форми навчання:

☐ Ні ☐ Так = Пільги: # _____

Пільги:

1. Допомога TANF
2. Програма професійної підготовки
3. Одинокий батько або мати з дитиною/дітьми на утриманні
4. Одружений(а) і подає спільну податкову декларацію
5. Попередня допомога з виховання прийомних дітей

ТІЛЬКИ програма HOME:

Чи **БУДЬ-ХТО** з членів домогосподарства є учнями/студентами:

☐ Ні ☐ Так = Пільги: # _____

Пільги:

1. Вік понад 24 роки
2. Ветеран збройних сил США
3. Одружений(а)
4. Є одна або кілька дітей на утриманні
5. Вік до 24 років, незалежність від батьків або батьки мають відповідний дохід

ІНШІ ТИПИ ПРОГРАМ

Позначте програму(и) з зазначених нижче, для якої(их) квартира цього домогосподарства врахована для виконання вимог щодо заселення житла.

Під кожною позначеною програмою вкажіть рівень доходу домогосподарства, встановлений цією сертифікацією

☐ Бонд/Кондуїт для літніх людей	☐ 30%	☐ 40%	☐ 50%	☐ 60%	☐ 80%	☐ Інше: _____
☐ GHAP/Housing+/PSH	☐ 30%	☐ 40%	☐ 50%	☐ 60%	☐ 80%	☐ Інше: _____
☐ HDGP/Цільовий фонд	☐ 30%	☐ 40%	☐ 50%	☐ 60%	☐ 80%	☐ Інше: _____
☐ Інше:	☐ 30%	☐ 40%	☐ 50%	☐ 60%	☐ 80%	☐ Інше: _____

ПІДПИС ВЛАСНИКА / ПРЕДСТАВНИКА

На підставі викладених тут відомостей та наданої інформації особа (особи), зазначена (зазначені) на першій сторінці цього самосертифікату, має (мають) право відповідно до положень розділу 42 Податкового кодексу США з поправками та всіх відповідних нормативних угод проживання в одиниці житла з обмеженням доходу/орендної плати в рамках цього проекту.

Ім'я власника/представника друківаними літерами

Підпис власника/представника

Дата

Будь ласка, надішліть електронного листа на адресу Language.Access@HCS.oregon.gov, якщо у вас є зауваження або ми можемо покращити цей переклад