

**ELDERLY BOND TENANT INCOME CERTIFICATION** (August 15, 1986 – Current)☐ Initial Certification ☐ Recertification ☐ Other _____

Move-In Date: _____

Effective Date: _____
(MM/DD/YYYY)**PART I. PROPERTY INFORMATION**

Property Name: _____ County: _____ Unit #: _____

Address: _____ # of Bedrooms: _____

PART II. HOUSEHOLD COMPOSITION

HH Mbr #	Last Name	First Name	Middle Initial	Relation to Head of Household	Race	Ethnicity	Disabled (Yes/No)	Date of Birth	Full Time Student (Yes/No)	Last 4 Digits of SS#
1										
2										
3										

PART III. GROSS ANNUAL INCOME

HH Mbr #	(A) Social Security	(B) Pensions	(C) Employment/Self-Employment	(D) Other Income
Totals				

Add totals from above (A) - (D) to determine total income.

TOTAL INCOME (E) = _____**PART IV. INCOME FROM ASSETS**

HH Mbr #	(F) Type of Asset	(G) Current/Imputed (C/I)	(H) Cash Value of Asset	(I) Annual Income from Asset

Enter the Total of Column (H)

TOTALS

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Current Passbook % Rate(If over \$5,000) \$ X % = \$ **IMPUTED INCOME (J) =**

<input type="text"/>

Enter the greater of: Total of column (I) or Imputed Income (J).**TOTAL INCOME FROM ASSETS (K) =** _____

Add Column (E) + (K).

TOTAL ANNUAL HOUSEHOLD INCOME FROM ALL SOURCES ASSETS (L) = _____**HOUSEHOLD CERTIFICATION & SIGNATURES**

I/we have provided for each person(s) set forth in Part II acceptable verification of current anticipated annual income and assets. I/we agree to notify the landlord immediately if there are changes to the household composition or if any member becomes a full-time student during the course of this tenancy. I/we will report any changes in income or household composition that occurs between the time this form is signed and the date it takes effect.

Under penalties of perjury, I/we certify that the information presented above is true and correct to the best of my/our knowledge and belief. I/we further understand that providing false representations (to include misleading or incomplete information) herein constitutes an act of fraud and may result in the termination of my/our lease.

Resident Signature_____
Date_____
Resident Signature_____
Date

گواهی درآمد مستاجر دارای عضو سالمند (15 اوت 1986 - جاری)		تاریخ نقل مکان: _____ تاریخ اجرا: _____ (سال/روز/ماه)	
بخش 1. اطلاعات ملک			
نام ملک: _____ نشانی: _____		کانتی: _____ تعداد اتاق خواب: _____	
بخش 2. ترکیب خانوار			
تعداد اعضای خانوار	نام خانوادگی	نام	حرف اول نام میانی
نسبت با سرپرست خانوار	نژاد	قوم	معلول (بله/خیر)
تاریخ تولد	بله/خیر	وقت	دانش آموز تمام 4 رقم آخر شماره تامین اجتماعی
1			
2			
3			
بخش 3. درآمد ناخالص سالانه			
تعداد اعضای خانوار	(A) تامین اجتماعی	(B) مستمری‌ها	(C) اشتغال/خوداشتغالی
(D) درآمد دیگر			
برای تعیین درآمد کل، مجموع مبالغ بالا (A) تا (D) را با هم جمع کنید.			
بخش 4. درآمد از دارایی‌ها			
تعداد اعضای خانوار	(F) نوع دارایی	(G) جاری/انتسابی (C/I)	(H) ارزش نقدی دارایی
(I) درآمد سالانه از دارایی			
مجموع ستون (H) را وارد کنید			
نرخ درصد دفترچه حساب جاری (اگر بیش از 5000 دلار باشد) \$ = % X \$			
درآمد انتسابی (J) =			
کل درآمد حاصل از دارایی‌ها (K) =			
ستون (E) + (K) را اضافه کنید.			
کل درآمد سالانه خانوار از همه منابع دارایی (L) =			
گواهی و امضاهای خانوار			

1/ من/ما برای هر شخص/اشخاص مذکور در بخش 2، تاییدیه قابل قبولی از درآمد سالانه و دارایی‌ها پیش‌بینی شده کنونی ارائه کرده‌ایم. من/ما موافقت می‌کنیم که در صورت ایجاد تغییر در ترکیب خانوار یا در صورت تبدیل وضعیت هر کدام از اعضا به دانش‌آموز تمام وقت در طول مدت اجاره، فوراً به صاحبخانه اطلاع دهیم. من/ما هرگونه تغییر در درآمد یا ترکیب خانوار را که بین زمان امضای این فرم و تاریخ آغاز اجرای آن رخ دهد، گزارش خواهیم کرد.

تحت مجازات شهادت دروغ، من/ما گواهی می‌دهیم که اطلاعات ارائه شده در بالا، تا آنجا که من/ما می‌دانیم و باور داریم، درست و صحیح هستند. من/ما همچنین می‌فهمیم که ارائه اظهارات نادرست (شامل اطلاعات همراه‌کننده یا ناقص) در اینجا، در حکم کلاهبرداری است و ممکن است منجر به فسخ اجاره‌نامه من/ما شود.

تاریخ

امضای مستاجر

تاریخ

امضای مستاجر

Effective Date _____		Household Size at Move-In: _____	
PART V. STUDENT STATUS			
ARE ALL OCCUPANTS FULL-TIME STUDENTS?		* Student Exemptions	
If yes, enter student exemptions * <input type="checkbox"/> Yes * <input type="checkbox"/> No <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Enter Exemption #: _____</div>		1 TANF assistance 2 Job Training Program 3 Single parent/dependent child 4 Married/joint tax returns 5 Previous Foster Care Assistance	
PART VI. <u>INCOME LIMITS</u>			
20 INCOME LIMITS FOR _____ County			
** Over State-Wide Median Income - See WAIVER **			
1 PERSON HOUSEHOLD		2 PERSON HOUSEHOLD	
<input type="checkbox"/> 50 % AMI and Below	\$ _____	<input type="checkbox"/> 50 % AMI and Below	\$ _____
<input type="checkbox"/> 60% AMI and Below	\$ _____	<input type="checkbox"/> 60% AMI and Below	\$ _____
<input type="checkbox"/> Over Statewide Income **	\$ 99,200.00	<input type="checkbox"/> Over Statewide Income **	\$ 99,200.00
PART VII. DETERMINATION OF INCOME ELIGIBILITY			
TOTAL ANNUAL HOUSEHOLD INCOME FROM ALL SOURCES:		<u>RECERTIFICATION ONLY:</u>	
From Item (L) on page 1: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 25px; display: inline-block;"></div>		Household Income at Move-In: \$ _____	
Household Meets Income Restriction at: \$ _____		Current Income Limit x 140% \$ _____	
<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 120% *** <input type="checkbox"/> Over State-Wide Median Income **		Household Income exceeds 140% at recertification: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
PART VIII. OTHER PROGRAM TYPES			
Mark the program(s) listed below (a. through e.) for which this household's unit will be counted toward the property's occupancy requirements. Under each program marked, indicate the household's income status as established by this certification/recertification.			
<input type="checkbox"/> a. Tax Credit Income Status <input type="checkbox"/> ≤ 40% AMGI <input type="checkbox"/> ≤ 50% AMGI <input type="checkbox"/> ≤ 60% AMGI <input type="checkbox"/> OI**	<input type="checkbox"/> b. HOME / HTF Income Status <input type="checkbox"/> ≤ 30% AMGI <input type="checkbox"/> ≤ 50% AMGI <input type="checkbox"/> ≤ 60% AMGI <input type="checkbox"/> ≤ 80% AMGI <input type="checkbox"/> OI**	<input type="checkbox"/> c. HDGP/Trust Fund/GHAP/ H+/PSH Income Status <input type="checkbox"/> ≤ 40% AMGI <input type="checkbox"/> ≤ 50% AMGI <input type="checkbox"/> ≤ 60% AMGI <input type="checkbox"/> OI**	<input type="checkbox"/> d. Risk Share/Conduit Income Status <input type="checkbox"/> ≤ 40% AMGI <input type="checkbox"/> ≤ 50% AMGI <input type="checkbox"/> ≤ 60% AMGI <input type="checkbox"/> OI**
<input type="checkbox"/> e. _____ Name of Program Income Status <input type="checkbox"/> ≤ 40% AMGI <input type="checkbox"/> ≤ 50% AMGI <input type="checkbox"/> ≤ 60% AMGI <input type="checkbox"/> OI**			
**Upon recertification, household was determined to be over-income (OI) according to eligibility requirements of the program(s) marked in this section.			
PART IX. QUALIFIED HOUSEHOLDS			

- Check all that apply
- ☐ The household qualifies as a family of very low or low income.
 - ☐ The household qualifies at 120% AMI, Restrictions Apply *** (See Instructions)
 - ☐ The household does not qualify for a family of very low or low income. ** (See Part X. Waiver)
 - ☐ The household qualifies as an Elderly Household (check all that apply.)
 - ☐ The Head of Household is 58 years of age or older.
 - ☐ The household is not 58 years of age & qualifies as a disabled person (See instructions)

Based on the representations herein and upon the proof and documentation required to be submitted, the individual(s) named in Part II of this Tenant Income Certification is/are eligible under the provisions of Section 142 (d) of the Internal Revenue Code, as amended, and the Land Use Restriction Agreement (if applicable), to live in an income/rent-restricted unit in this Project.

Printed Name of Owner/Management Agent _____

Signature of Owner/Management Agent _____

Date _____

Revised 04/2024



تاریخ آغاز اعتبار		تعداد اعضای خانوار در زمان نقل مکان کردن:	
بخش 5. وضعیت دانش آموز			
آیا همه ساکنین دانش آموز تمام وقت هستند؟		* معافیت های دانش آموزی	
<input type="checkbox"/> بله * <input type="checkbox"/> خیر اگر بله، معافیت های دانش آموزی را وارد کنید * وارد کنید شماره معافیت: _____		1 کمک TANF 2 برنامه آموزش شغلی 3 تک سرپرستی/فرزند تحت تکفل 4 اظهارنامه مالیاتی متاهل/مستترک 5 کمک هزینه قبلی مراقبت سرپرستی موقت	
بخش 6. سقف های درآمد			
20 سقف های درآمد برای کانتی			
** بیش از درآمد میانگین ایالت - به معافیت ** مراجعه کنید			
خانوار 1 نفره		خانوار 2 نفره	
<input type="checkbox"/> 50% درآمد میانگین ناحیه و کمتر	\$ _____	<input type="checkbox"/> 50% درآمد میانگین ناحیه و کمتر	\$ _____
<input type="checkbox"/> 60% درآمد میانگین ناحیه و کمتر	\$ _____	<input type="checkbox"/> 60% درآمد میانگین ناحیه و کمتر	\$ _____
<input type="checkbox"/> بیش از درآمد سطح ایالت **	\$ 99,200.00	<input type="checkbox"/> بیش از درآمد سطح ایالت **	\$ 99,200.00
بخش 7. تعیین درآمد مربوط به صلاحیت			
کل سالانه خانوار درآمد از همه منابع:		فقط تمديد گواهینامه:	
از مورد (L) در صفحه 1:		درآمد خانوار در زمان نقل مکان: \$ _____	
خانوار مشمول سقف درآمد است: \$ _____		سقف درآمد فعلی 140% \$ _____	
<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 120% *** <input type="checkbox"/> میانگین درآمد در سطح ایالت **		درآمد خانوار از بیشتر است	
		140% در زمان تمديد گواهینامه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
بخش 8. انواع دیگر برنامه			
برنامه (های) مذکور در زیر (a تا e) را که واحد مسکونی این خانوار برای آنها جزء الزامات سکونت ملک محسوب خواهد شد، علامت بزنید. زیر هر برنامه علامت گذاری شده، وضعیت درآمد خانوار را که توسط این گواهینامه/تمديد گواهینامه تعیین شده است، مشخص کنید.			
<input type="checkbox"/> a. وضعیت درآمد اعتبار	<input type="checkbox"/> b. HOME / HTF	<input type="checkbox"/> c. HDGP / صندوق امانی/ GHAP/ H+/PSH	<input type="checkbox"/> d. سهم ریسک/ وضعیت درآمد وثیقه
مالیاتی <input type="checkbox"/> AMGI 40% ≥ <input type="checkbox"/> AMGI 50% ≤ <input type="checkbox"/> AMGI 60% ≤ <input type="checkbox"/> OI**	وضعیت درآمد <input type="checkbox"/> AMGI 30% ≥ <input type="checkbox"/> AMGI 50% ≤ <input type="checkbox"/> AMGI 60% ≤ <input type="checkbox"/> AMGI 80% ≤ <input type="checkbox"/> OI**	وضعیت درآمد <input type="checkbox"/> AMGI 40% ≥ <input type="checkbox"/> AMGI 50% ≤ <input type="checkbox"/> AMGI 60% ≤ <input type="checkbox"/> OI**	<input type="checkbox"/> e. نام برنامه وضعیت درآمد <input type="checkbox"/> AMGI 40% ≥ <input type="checkbox"/> AMGI 50% ≤ <input type="checkbox"/> AMGI 60% ≤ <input type="checkbox"/> OI**
** پس از تمديد گواهینامه، خانوار بر اساس شرایط لازم برای برنامه (های) مشخص شده در این بخش، دارای درآمد بیش از حد (OI) تعیین شد.			
بخش 9. خانوارهای واجد شرایط			

☐ این خانوار به عنوان خانواده ای با درآمد بسیار کم یا کم درآمد شناخته می شود.
☐ این خانوار، با 120% درآمد میانگین ناحیه واجد شرایط دریافت است، محدودیت هایی اعمال می شود *** (به دستورالعمل ها مراجعه کنید)
☐ این خانوار به عنوان خانواده ای با درآمد بسیار کم یا کم درآمد شناخته نمی شود. ** (به بخش 10. چشم پوشی مراجعه کنید)
☐ این خانوار واجد شرایط خانوار سالمند است (همه موارد مربوطه را علامت بزنید).
☐ سرپرست خانوار 58 سال یا بیشتر سن دارد.
☐ سرپرست خانوار 58 سال سن ندارد و واجد شرایط معلولیت است (به دستورالعمل ها مراجعه کنید)

بر اساس اظهارات مندرج در این سند و بر اساس مدارک و مستندات مورد نیاز برای ارائه، فرد/افراد نامبرده در بخش 2 این گواهی درآمد مستاجر، طبق مفاد بخش 142 (d) قانون درآمد داخلی، نسخه اصلاح شده، و توافقنامه محدودیت استفاده از زمین (در صورت وجود)، واجد شرایط زندگی در یک واحد با محدودیت درآمد/اجاره در این پروژه هستند.

نام و نام خانوادگی مالک/نماینده مدیریت (با حروف بزرگ) امضای مالک/نماینده مدیریت تاریخ

PART X. WAIVER REQUEST

****WAIVER REQUEST: MANAGER MUST COMPLETE IF THE APPLICANT IS OVER THE STATE-WIDE MEDIAN INCOME (\$99,200.00)**

Waiver must be approved and signed by OHCS before the applicant requiring a waiver moves in. Email waiver request with documentation to support current set-aside to OHCS at ARH.Portfolio@hcs.oregon.gov

OHCS may waive the income limits and age requirements for a household seeking residence in an Elderly Housing property if a person in the household is a disabled person requiring special housing provisions to accommodate the impairment and whose disability arises from a physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activities; however, no such waiver shall be made of the requirements of Section 142(d) of the Code (waiver must not be counted towards required property set-aside).

Printed Name of Owner/Management Agent

Signature of Owner/Management Agent

Date

WAIVER APPROVAL:

OHCS Compliance Analyst (Printed Name)

Signature of OHCS Compliance Analyst

Date

بخش 10. درخواست چشم‌پوشی

****درخواست چشم‌پوشی:** اگر درآمد درخواست‌کننده بیش از میانگین درآمد سراسری ایالت (\$99,200.00) باشد، مدیر باید این فرم را تکمیل کند قبل از این که درخواست‌کننده نیازمند چشم‌پوشی نقل مکان کند، چشم‌پوشی باید توسط OHCS تایید و امضا شود. درخواست چشم‌پوشی را به همراه مدارک تایید‌کننده سهم بودجه کنونی را به OHCS به آدرس ARH.Portfolio@hcs.oregon.gov ایمیل کنید

OHCS می‌تواند از محدودیت‌های درآمد و الزامات سنی را برای خانواری که متقاضی اقامت در یک مجتمع مسکونی سالمندان است چشم‌پوشی کند، در صورتی که فردی در خانوار، معلولی باشد که برای جبران این نقص به تمهیدات ویژه مسکن نیاز دارد و معلولیت او ناشی از یک اختلال جسمی یا روانی است که به طور قابل توجه یک یا چند فعالیت اصلی زندگی را محدود می‌کند؛ با این حال، این چشم‌پوشی درباره الزامات بخش 142(d) قانون اعمال نخواهد شد (چشم‌پوشی نباید در سهم بودجه مورد نیاز ملک لحاظ شود).

تاریخ

امضای مالک/نماینده مدیریت

نام و نام خانوادگی مالک/نماینده مدیریت (با حروف بزرگ)

تایید چشم‌پوشی:

تاریخ

امضای تحلیلگر انطباق OHCS

(نام با حروف بزرگ)

تحلیلگر انطباق OHCS

اگر نگرانی‌هایی دارید یا اگر فکر می‌کنید ما می‌توانیم این ترجمه را بهبود بخشیم، لطفاً به Language.Access@HCS.oregon.gov ایمیل بفرستید