

**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

Current Passbook % Rate

(If over \$5,000)

\$ _____ X _____ % = \$ _____

IMPUTED INCOME (J) =

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



**СЕРТИФИКАЦИЯ ДОХОДА АРЕНДАТОРА ДЛЯ ПРОГРАММЫ ЖИЛЬЯ ДЛЯ
ПРЕСТАРЕЛЫХ, ФИНАНСИРУЕМОЙ ОБЛИГАЦИЯМИ** (15 августа 1986 г. – настоящее время)

☐ Первичная сертификация ☐ Повторная сертификация ☐ Другое _____

Дата заселения: _____

Дата вступления в силу: _____
(ММ/ДД/ГГГГ)

ЧАСТЬ I. ИНФОРМАЦИЯ О НЕДВИЖИМОСТИ

Название объекта: _____ Округ: _____ № квартиры: _____

Адрес: _____ Количество комнат: _____

ЧАСТЬ II. СОСТАВ СЕМЬИ

№ члена семьи	Фамилия	Имя	Средний инициал	Отношение к главе семьи	Раса	Этническая принадлежность	Инвалидность (да/нет)	Дата рождения	Студент очной формы обучения (да/нет)	Последние 4 цифры № социального страхования
1										
2										
3										

ЧАСТЬ III. ВАЛОВОЙ ГОДОВОЙ ДОХОД

№ члена семьи	(A) Социальное обеспечение	(B) Пенсии	(C) Трудоустройство/самозанятость	(D) Другие доходы
Итого				

Сложите суммы из (A)–(D), чтобы определить общий доход.

ОБЩИЙ ДОХОД (E) =

ЧАСТЬ IV. ДОХОД ОТ АКТИВОВ

№ члена семьи	(F) Тип актива	(G) Текущий/вмененный (C/I)	(H) Денежная стоимость актива	(I) Годовой доход от актива

Введите итог из столбца (H)

ИТОГО

Текущая сберегательная ставка, %
(Если более \$5000) \$ _____ X _____ % = \$ _____

ВМЕНЕННЫЙ ДОХОД (J) =

Введите большую из двух сумм: Итого из столбца (I) или Вмененный доход (J).

ОБЩИЙ ДОХОД ОТ АКТИВОВ (K) =

Сложите столбцы (E) + (K).

ОБЩИЙ ГОДОВОЙ ДОХОД СЕМЬИ ИЗ ВСЕХ ИСТОЧНИКОВ АКТИВОВ (L) =

СЕРТИФИКАЦИЯ СЕМЬИ И ПОДПИСИ

Я/мы предоставили для каждого лица, указанного в Части II, приемлемое подтверждение текущего ожидаемого годового дохода и активов. Я/мы обязуемся немедленно уведомлять арендодателя в случае любых изменений в составе семьи или в случае перехода любого члена семьи на очное обучение в течение срока аренды. Я/мы обязуемся сообщать о любых изменениях в доходе или составе семьи, которые произойдут с момента подписания данной формы до даты ее вступления в силу.

Под страхом наказания за лжесвидетельство я/мы подтверждаем, что информация, представленная выше, является правдивой и точной, насколько мне/нам известно и насколько я/мы уверены. Я/мы также понимаем, что предоставление ложных сведений (включая вводящую в заблуждение или неполную информацию) в данном документе представляет собой акт мошенничества, что может привести к прекращению действия моего/нашего договора аренды.

Подпись жильца

Дата

Подпись жильца

Дата

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: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		<u>RECERTIFICATION ONLY:</u>	
From Item (L) on page 1:		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



Дата вступления в силу _____		Размер семьи на момент заселения: _____	
ЧАСТЬ V. СТАТУС УЧАЩЕГОСЯ			
ВСЕ ЖИЛЬЦЫ ЯВЛЯЮТСЯ УЧАЩИМИСЯ ОЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ?		* Студенческие льготы	
<input type="checkbox"/> Да * <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите студенческие льготы * <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 150px; margin-top: 10px;"> Введите Исключение №: _____ </div>	1 Помощь TANF 2 Программа профессиональной подготовки 3 Одинокий родитель / ребенок-иждивенец 4 В браке / совместные налоговые декларации 5 Предыдущая поддержка при нахождении под опекой	
ЧАСТЬ VI. ПРЕДЕЛЫ ДОХОДА			
20 ПРЕДЕЛЫ ДОХОДА ДЛЯ округа _____			
** Превышение медианного дохода по штату (AMI) — см. ИСКЛЮЧЕНИЕ **			
СЕМЬЯ ИЗ 1 ЧЕЛОВЕКА		СЕМЬЯ ИЗ 2 ЧЕЛОВЕК	
<input type="checkbox"/> 50 % AMI и ниже	\$ _____	<input type="checkbox"/> 50 % AMI и ниже	\$ _____
<input type="checkbox"/> 60 % AMI и ниже	\$ _____	<input type="checkbox"/> 60 % AMI и ниже	\$ _____
<input type="checkbox"/> Превышение среднего дохода по штату **	\$ 99 200,00	<input type="checkbox"/> Превышение среднего дохода по штату **	\$ 99 200,00
ЧАСТЬ VII. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРАВА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОХОДА			
ОБЩИЙ ГОДОВОЙ ДОХОД СЕМЬИ ИЗ ВСЕХ ИСТОЧНИКОВ: Из пункта (L) на стр. 1:		ТОЛЬКО ДЛЯ ПОВТОРНОЙ СЕРТИФИКАЦИИ: Доход семьи на момент заселения: \$ _____ Текущий предельный доход x 140 % \$ _____ Доход семьи превышает 140 % при повторной сертификации: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Семья соответствует ограничению по доходу при: \$ _____ <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 60 % <input type="checkbox"/> 120 % *** <input type="checkbox"/> Превышение медианного дохода по штату **			
ЧАСТЬ VIII. ДРУГИЕ ТИПЫ ПРОГРАММ			
Отметьте программы, перечисленные ниже (от а до е), в рамках которых квартира этой семьи будет учитываться в требованиях по заполняемости жилья. Для каждой отмеченной программы укажите доход семьи, установленный настоящей (повторной) сертификацией.			
<input type="checkbox"/> а. Налоговый кредит Статус дохода для <input type="checkbox"/> AMGI ≤40 % <input type="checkbox"/> AMGI ≤50 % <input type="checkbox"/> AMGI ≤60 % <input type="checkbox"/> OI**	<input type="checkbox"/> б. HOME / HTF Статус дохода для <input type="checkbox"/> AMGI ≤30 % <input type="checkbox"/> AMGI ≤50 % <input type="checkbox"/> AMGI ≤60 % <input type="checkbox"/> AMGI ≤80 % <input type="checkbox"/> OI**	<input type="checkbox"/> с. HDGP / трастовый фонд / GHAP / Н+ / PSN Статус дохода для <input type="checkbox"/> AMGI ≤40 % <input type="checkbox"/> AMGI ≤50 % <input type="checkbox"/> AMGI ≤60 % <input type="checkbox"/> OI**	<input type="checkbox"/> д. Страхование с разделением рисков / кондуит Статус дохода для <input type="checkbox"/> AMGI ≤40 % <input type="checkbox"/> AMGI ≤50 % <input type="checkbox"/> AMGI ≤60 % <input type="checkbox"/> OI**
<input type="checkbox"/> е. Название программы Статус дохода для <input type="checkbox"/> AMGI ≤40 % <input type="checkbox"/> AMGI ≤50 % <input type="checkbox"/> AMGI ≤60 % <input type="checkbox"/> OI**			
** После повторной сертификации было определено, что семья имеет избыточный доход (OI) в соответствии с требованиями к участию в программах, отмеченных в этом разделе.			
ЧАСТЬ IX. СЕМЬИ, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ПОСОБИЕ			

Отметьте все подходящие варианты

- ☐ Семья соответствует категории очень низкого или низкого дохода.
☐ Семья имеет право при 120 % AMI, применяются ограничения *** (см. инструкции)
☐ Семья не соответствует категории очень низкого или низкого дохода. ** (См. Часть X. Исключение.)
☐ Семья соответствует категории семьи престарелых (отметьте все подходящие варианты)
 ☐ Возраст главы семьи — не менее 58 лет.
 ☐ В семье нет людей, достигших возраста 58 лет, но есть лицо, соответствующее критериям инвалида (см. инструкции)

На основании представленных здесь заявлений, а также доказательств и документации, которые необходимо предоставить, лица, указанные в Части II настоящего Свидетельства дохода арендатора, имеют право в соответствии с положениями Раздела 142 (d) Налогового кодекса с поправками и Соглашения об ограничении землепользования (если применимо) проживать в квартире в этом доме с ограничением дохода /арендной платы.

Имя и фамилия агента собственника _____

Управляющей компании печатными буквами _____

Дата _____

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

ЧАСТЬ X. ЗАПРОС НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ

****ЗАПРОС НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ: ЗАПОЛНЯЕТСЯ РУКОВОДИТЕЛЕМ, ЕСЛИ ДОХОД ЗАЯВИТЕЛЯ ПРЕВЫШАЕТ МЕДИАННЫЙ ДОХОД ПО ШТАТУ (\$99 200,00)**

Исключение должно быть утверждено и подписано OHCS перед заселением заявителя, которому оно необходимо. Отправьте запрос на предоставление исключения по электронной почте вместе с документацией, подтверждающей текущие льготы, в OHCS по адресу: ARH.Portfolio@hcs.oregon.gov

OHCS может сделать исключение в отношении пределов дохода и требований по возрасту для семьи, нуждающейся в жилье по программе жилья для престарелых, если один из членов семьи является инвалидом, которому требуются особые жилищные условия и чья инвалидность связана с физическими или психическими нарушениями, существенно ограничивающими его в одной или более сфер жизнедеятельности; однако такое исключение не должно делаться из требований Раздела 142(d) кодекса (исключение не должно учитываться при расчете квоты по льготному жилью).

Имя и фамилия собственника / агента управляющей
компании печатными буквами

Подпись собственника / агента управляющей компании

Дата

УТВЕРЖДЕНИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ:

Аналитик OHCS по нормативному соответствию
(имя и фамилия печатными буквами)

Подпись аналитика OHCS по нормативному соответствию

Дата

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