

**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



CERTIFICACIÓN DE INGRESOS DEL INQUILINO PARA EL PROGRAMA DE BONOS PARA PERSONAS MAYORES (15 de agosto de 1986 – presente)

☐ Certificación inicial ☐ Recertificación ☐ Otro _____

Fecha de mudanza: _____
Fecha de entrada en vigor: _____
(MM/DD/AAAA)

PARTE I. INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD

Nombre de la propiedad: _____ Condado: _____ N.º de unidad: _____
Dirección: _____ Cant. de habitaciones: _____

PARTE II. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

N.º de miembros del hogar	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Relación con el/la jefe/a de hogar	Raza	Etnia	Discapacidad (sí/no)	Fecha de nacimiento	Estudiante a tiempo completo (sí/no)	Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social
1										
2										
3										

PARTE III. INGRESO ANUAL BRUTO

N.º de miembros del hogar	(A) Seguro social	(B) Pensiones	(C) Empleo/trabajo por cuenta propia	(D) Otro ingreso
Totales				

Suma los totales de las columnas (A) a (D) para determinar el ingreso total. **INGRESO TOTAL (E)=** _____

PARTE IV. INGRESOS PROVENIENTES DE ACTIVOS

N.º de miembros del hogar	(F) Tipo de activo	(G) Actual/Imputado (C/I)	(H) Valor en efectivo del activo	(I) Ingreso anual por activos

Ingrese el total de la columna (H) **TOTALES**

Tasa de interés actual de la libreta de ahorros (%)
(si es más que \$5,000) \$ _____ X _____ % = \$ _____

INGRESO IMPUTADO (J) = _____

Ingrese el mayor de: Total de la columna (I) o Ingreso imputado (J). **INGRESOS TOTALES PROVENIENTES DE ACTIVOS (K) =** _____

Suma las columnas (E) + (K). **INGRESO ANUAL TOTAL DEL HOGAR DE TODAS LAS FUENTES DE ACTIVOS (L) =** _____

CERTIFICACIÓN Y FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Yo/nosotros he/hemos proporcionado una verificación aceptable de los activos y los ingresos anuales actuales previstos de cada persona incluida en la Parte II. Yo/nosotros nos comprometemos a notificar al propietario de inmediato si se producen cambios en la composición del hogar o si algún miembro pasa a ser estudiante de tiempo completo durante el transcurso de este contrato de alquiler. Yo/nosotros informaremos cualquier cambio en los ingresos o en la composición del hogar que ocurra entre la fecha de firma de este formulario y la fecha en que entre en vigor.

Bajo pena de falso testimonio, certifico/certificamos que la información presentada es verdadera y precisa a mi/nuestro leal saber y entender. Yo/nosotros además entiendo/entendemos que proporcionar información falsa (incluida información engañosa o incompleta) en este documento constituye un acto de fraude y puede ocasionar la terminación de mi/nuestro contrato de arrendamiento.

Firma del residente

Fecha

Firma del residente

Fecha

Effective Date _____		Household Size at Move-In: _____	
PART V. STUDENT STATUS			
ARE ALL OCCUPANTS FULL-TIME STUDENTS?		* Student Exemptions	
If yes, enter student exemptions * ☐ Yes * ☐ No Enter Exemption #: _____		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	
☐ 50 % AMI and Below	\$ _____	☐ 50 % AMI and Below	\$ _____
☐ 60% AMI and Below	\$ _____	☐ 60% AMI and Below	\$ _____
☐ Over Statewide Income **	\$ 99,200.00	☐ 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:		Household Income at Move-In: \$ _____	
Household Meets Income Restriction at: \$ _____		Current Income Limit x 140% \$ _____	
☐ 50% ☐ 60% ☐ 120% *** ☐ Over State-Wide Median Income **		Household Income exceeds 140% at recertification: ☐ Yes ☐ 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.			
☐ a. Tax Credit Income Status ☐ ≤ 40% AMGI ☐ ≤ 50% AMGI ☐ ≤ 60% AMGI ☐ OI**	☐ b. HOME / HTF Income Status ☐ ≤ 30% AMGI ☐ ≤ 50% AMGI ☐ ≤ 60% AMGI ☐ ≤ 80% AMGI ☐ OI**	☐ c. HDGP/Trust Fund/GHAP/ H+/PSH Income Status ☐ ≤ 40% AMGI ☐ ≤ 50% AMGI ☐ ≤ 60% AMGI ☐ OI**	☐ d. Risk Share/Conduit Income Status ☐ ≤ 40% AMGI ☐ ≤ 50% AMGI ☐ ≤ 60% AMGI ☐ OI**
☐ e. _____ Name of Program Income Status ☐ ≤ 40% AMGI ☐ ≤ 50% AMGI ☐ ≤ 60% AMGI ☐ 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



Fecha de entrada en vigor _____		N.º de miembros del hogar al momento de la mudanza: _____	
PARTE V. CONDICIÓN DE ESTUDIANTE			
¿TODOS LOS OCUPANTES SON ESTUDIANTES A TIEMPO COMPLETO?		* Exenciones para estudiantes	
Si la respuesta es sí, indique las exenciones correspondientes * ☐ Sí * ☐ No Ingresar n.º de exención: ____		1 Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) 2 Programa de capacitación laboral 3 Padre/madre soltero(a)/hijo(a) dependiente 4 Casado/declaración conjunta 5 Asistencia previa del sistema de acogida	
PARTE VI. LÍMITES DE INGRESOS			
LÍMITES DE INGRESOS DE 20 PARA EL CONDADO			
** Por encima del ingreso medio estatal – Ver EXENCIÓN **			
HOGAR DE 1 PERSONA		HOGAR DE 2 PERSONAS	
☐ 50 % del AMI o menos	\$ _____	☐ 50 % del AMI o menos	\$ _____
☐ 60 % del AMI o menos	\$ _____	☐ 60 % del AMI o menos	\$ _____
☐ Por encima del ingreso estatal **	\$ 99,200.00	☐ Por encima del ingreso estatal **	\$ 99,200.00
PARTE VII. DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD DE LOS INGRESOS			
INGRESO TOTAL ANUAL DEL HOGAR DE TODAS LAS FUENTES: Del ítem (L) de la página 1:		SOLO RECERTIFICACIÓN:	
El hogar cumple con la restricción de ingresos en: \$ _____		Ingresos del hogar al momento de la mudanza: \$ _____	
☐ 50 % ☐ 60 % ☐ 120 % *** ☐ Por encima del ingreso medio estatal **		Límite de ingreso actual x 140 % \$ _____ Los ingresos del hogar exceden el 140 % al momento de la recertificación: ☐ Sí ☐ No	
PARTE VIII. OTROS TIPOS DE PROGRAMAS			
Marque los programas que se mencionan a continuación (de la a. a la e.) 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/recertificación.			
☐ a. Crédito fiscal Estado de ingresos ☐ ≤ 40 % del AMGI ☐ ≤ 50 % del AMGI ☐ ≤ 60 % del AMGI ☐ OI**	☐ b. HOME/HTF Estado de ingresos ☐ ≤ 30 % del AMGI ☐ ≤ 50 % del AMGI ☐ ≤ 60 % del AMGI ☐ ≤ 80 % del AMGI ☐ OI**	☐ c. HDGP/Fondo fiduciario/GHAP/H+/PSH Estado de ingresos ☐ ≤ 40 % del AMGI ☐ ≤ 50 % del AMGI ☐ ≤ 60 % del AMGI ☐ OI**	☐ d. Reparto de riesgos/Intermediario Estado de ingresos ☐ ≤ 40 % del AMGI ☐ ≤ 50 % del AMGI ☐ ≤ 60 % del AMGI ☐ OI**
☐ e. _____ Nombre del programa Estado de ingresos ☐ ≤ 40 % del AMGI ☐ ≤ 50 % del AMGI ☐ ≤ 60 % del AMGI ☐ OI**			
** Al realizar la recertificación, se determinó que el hogar excede el límite de ingresos (OI) según los requisitos de elegibilidad de los programas seleccionados en esta sección.			
PARTE IX. HOGARES CALIFICADOS			

Marque todas las opciones que correspondan

☐

El hogar califica como familia de ingresos muy bajos o bajos.

☐

El hogar califica con ingresos al 120 % del AMI, corresponden restricciones *** (Ver instrucciones).

☐

El hogar no califica como familia de ingresos muy bajos o bajos. ** (Ver Parte X. Exenciones).

☐

El hogar califica como hogar de adultos mayores (marque las opciones que correspondan)

☐ El/la jefe/a de hogar tiene 58 años o más.
☐ El/la jefe/a de hogar no tiene 58 años y califica como persona con discapacidad (ver las instrucciones).

En función de las declaraciones aquí presentadas y las pruebas y la documentación que se deben entregar, la/s persona/s mencionada/s en la Parte II de esta Certificación de Ingresos del Inquilino es/son elegible/s según las disposiciones de la Sección 142 (d) de la Ley Federal Tributaria, según enmienda, y el Acuerdo de Restricción del Uso de la Propiedad (si corresponde), para vivir en una unidad de alquiler/ingreso restringido en este Proyecto.

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

PARTE X. SOLICITUD DE EXENCIÓN

****SOLICITUD DE EXENCIÓN: EL ADMINISTRADOR DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN SI EL SOLICITANTE SUPERA EL INGRESO MEDIO ESTATAL (\$99,200.00)**

La exención debe ser aprobada y firmada por OHCS antes de que el solicitante de la exención se mude. Envíe la solicitud de exención por correo electrónico a OHCS, junto con la documentación que respalde la asignación actual a: ARH.Portfolio@hcs.oregon.gov

OHCS puede eximir los límites de ingresos y los requisitos de edad para un hogar que solicita residencia en una propiedad destinada a adultos mayores si alguna persona del hogar tiene una discapacidad que requiere condiciones especiales de vivienda adaptadas a dicha discapacidad, y si esa discapacidad se debe a una afección física o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida. Sin embargo, no se podrá otorgar ninguna exención que contradiga los requisitos de la Sección 142(d) del Código (la exención no puede contabilizarse como parte de la asignación obligatoria de la propiedad).

Nombre en letra imprenta del propietario/agente administrativo

Firma del propietario/agente administrativo

Fecha

APROBACIÓN DE LA EXENCIÓN:

Analista de cumplimiento de OHCS (Nombre en letra imprenta)

Firma del analista de cumplimiento de OHCS

Fecha

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