



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						
(If over \$5,000) \$ _____ X _____ % = \$ _____						IMPUTED INCOME (J) =				
Enter the greater of: Total of column (I) <u>or</u> 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



СВІДОЦТВО ПРО ДОХОДИ ОРЕНДАРЯ-ЛЮДИНИ ПОХИЛОГО ВІКУ (15 серпня 1986 р. – по теперішній час) ☐ Первинна сертифікація ☐ Повторна сертифікація ☐ Інше _____						Дата заселення: _____ Дата набрання чинності: _____ (дд.мм.рррр)				
ЧАСТИНА I. ІНФОРМАЦІЯ ПРО МАЙНО										
Назва власності: _____				Округ: _____			Номер квартири: _____			
Адреса: _____				Кількість спалень: _____						
ЧАСТИНА II. СКЛАД ДОМОГОСПОДАРСТВА										
HN Mbr #	Прізвище	Ім'я	Середнє ім'я	Ступінь споріднення з головою домогосподарства	Раса	Етнічна приналежність	Інвалід (Так/Ні)	Дата народження	Учень/студент денної форми навчання (Так/Ні)	Останні 4 цифри номера соціального страхування
1										
2										
3										
ЧАСТИНА III. ВАЛОВИЙ РІЧНИЙ ДОХІД										
HN Mbr #	(A) Номер соціального страхування	(B) Пенсія			(C) Працевлаштування/самозайнятість			(D) Інші доходи		
У підсумку										
Додайте суми з пунктів (A) - (D) вище, щоб визначити загальний дохід. ЗАГАЛЬНИЙ ДОХІД (E) = _____										
ЧАСТИНА IV. ДОХІД ВІД АКТИВІВ										
HN Mbr #	(F) Тип активу	(G) Поточний/Розрахунковий (C/I)			(H) Грошова вартість активу			(I) Річний дохід від активів		
Введіть суму стовпця (H) ЗАГАЛОМ					_____			_____		
Поточна ставка (%) за ощадним вкладом (Якщо більше \$5 000) \$ X % = \$					ВІДНОСНИЙ ДОХІД (J) =			_____		
Введіть більше з наступного: Сума стовпця (I) <u>або</u> Відносний дохід (J). ЗАГАЛЬНИЙ ДОХІД ВІД АКТИВІВ (K) = _____										
Скласти стовпці (E) + (K). ЗАГАЛЬНИЙ РІЧНИЙ ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА З УСІХ ДЖЕРЕЛ АКТИВІВ (L) = _____										
СЕРТИФІКАЦІЯ ТА ПІДПИСИ ЧЛЕНІВ ДОМОГОСПОДАРСТВА										

Я/ми передбачив(передбачили) для кожної особи (осіб), зазначеної(их) у Частині II, прийнятну перевірку поточного очікуваного річного доходу та активів. Я/ми погоджуюся(погоджуємося) негайно повідомити орендодавця про зміни у складі домогосподарства або про те, що будь-який член домогосподарства став учнем/студентом денної форми навчання протягом терміну дії цього договору оренди. Я/ми повідомлятиму(повідомлятимемо) про будь-які зміни в доходах або складі домогосподарства, що відбулися в період між підписанням цього бланка та датою набрання ним чинності.

Під покаранням за неправдиве свідчення я/ми підтверджую(підтверджуємо), що інформація, наведена вище, є правдивою та достовірною, наскільки мені/нам відомо і відповідає переконанням. Я/ми також розумію(розуміємо), що надання неправдивих відомостей (включаючи оманливу або неповну інформацію) в цьому документі є актом шахрайства і може призвести до розірвання мого/нашого договору оренди.

Підпис мешканця

Дата

Підпис мешканця

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 * ☐ 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



Дата набрання чинності _____		Розмір домогосподарства при заселенні: _____	
ЧАСТИНА V. СТАТУС УЧНЯ/СТУДЕНТА			
ЧИ ВСІ МЕШКАНЦІ Є УЧНЯМИ/СТУДЕНТАМИ ДЕННОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ?		* Пільги для учнів/студентів	
Якщо «Так», вкажіть пільги для учнів/студентів * ☐ Так * ☐ Ні Вкажіть Пільги №: _____		1 Допомога TANF 2 Програма професійної підготовки 3 Одинокий батько або мати/дитина на утриманні 4 Одружений або заміжня/спільна податкова декларація 5 Попередня допомога з виховання прийомних дітей	
ЧАСТИНА VI. ОБМЕЖЕННЯ ДОХОДІВ			
20 ОБМЕЖЕННЯ ДОХОДІВ ДЛЯ _____ Округ			
** Вищий за середній дохід по штату - Див. розділ «ВІДМОВА» **			
1 ОСОБА В ДОМОГОСПОДАРСТВІ		2 ОСОБА В ДОМОГОСПОДАРСТВІ	
☐ 50 % AMI та нижче	\$ _____	☐ 50 % AMI та нижче	\$ _____
☐ 60 % AMI та нижче	\$ _____	☐ 60 % AMI та нижче	\$ _____
☐ Дохід понад середній по штату **	\$ 99 200,00	☐ Дохід понад середній по штату **	\$ 99 200,00
ЧАСТИНА VII. ВИЗНАЧЕННЯ ПРАВА НА ДОХІД			
ЗАГАЛЬНИЙ РІЧНИЙ ДОХІД ДОМОГОСПОДАРСТВА		ТІЛЬКИ ПОВТОРНА СЕРТИФІКАЦІЯ:	
ДОХІД З УСІХ ДЖЕРЕЛ:		Дохід домогосподарства при заселенні: \$ _____	
3 пункту (L) на сторінці 1:		Поточний ліміт доходу x 140% \$ _____	
Домогосподарство відповідає обмеженню доходу: \$ _____		Дохід домогосподарства перевищує 140% при повторній сертифікації: ☐ Так ☐ Ні	
☐ 50% ☐ 60% ☐ 120% *** ☐ Вищий за середній дохід по штату **			
ЧАСТИНА VIII. ІНШІ ТИПИ ПРОГРАМ			
Позначте програму(и), перелічені нижче (від а. до е.), для якої(их) квартира цього домогосподарства буде врахована для виконання вимог щодо заселення житла.			
Під кожною позначеною програмою вкажіть рівень доходу домогосподарства, встановлений цією сертифікацією/повторною сертифікацією.			
☐ а. для податкового кредиту Статус доходу ☐ ≤ 40% AMGI ☐ ≤ 50% AMGI ☐ ≤ 60% AMGI ☐ OI**	☐ б. HOME / HTF Статус доходу ☐ ≤ 30% AMGI ☐ ≤ 50% AMGI ☐ ≤ 60% AMGI ☐ ≤ 80% AMGI ☐ OI**	☐ с. HDGP/Цільовий фонд/GHAP/ H+/PSH Статус доходу ☐ ≤ 40% AMGI ☐ ≤ 50% AMGI ☐ ≤ 60% AMGI ☐ OI**	☐ д. Розподіл ризиків/ від кондуїту Статус доходу ☐ ≤ 40% AMGI ☐ ≤ 50% AMGI ☐ ≤ 60% AMGI ☐ OI**
☐ е. _____ Назва програми Статус доходу ☐ ≤ 40% AMGI ☐ ≤ 50% AMGI ☐ ≤ 60% AMGI ☐ OI**			
** Після повторної сертифікації домогосподарства було визначено надлишковий дохід (OI) відповідно до вимог відповідності до програми (програм), зазначених у цьому розділі.			
ЧАСТИНА IX. КВАЛІФІКОВАНІ ДОМОГОСПОДАРСТВА			

Перевірте все, що застосовується

- ☐ Домогосподарство відноситься до категорії сімей з дуже низьким або низьким рівнем доходу.
- ☐ Домогосподарство відповідає критеріям 120% AMI, діють обмеження *** (див. інструкції)
- ☐ Домогосподарство не відноситься до категорії сімей з дуже низьким або низьким рівнем доходу. ** (див. частину X. «Відмова»)
- ☐ Домогосподарство відноситься до домогосподарства, в якому проживають люди похилого віку (позначте всі відповідні пункти)
 - ☐ Голова домогосподарства віком 58 років або старше.
 - ☐ Домогосподарство не досягло 58 років і має статус інваліда (див. інструкції)

На підставі викладених тут відомостей та на підставі доказів і документів, які необхідно подати, особа (особи), зазначена (зазначені) в частині II цього Свідоцтва про доходи орендаря, має (мають) право відповідно до положень розділу 142 (d) Податкового кодексу США з внесеними поправками та Угоди про обмеження використання землі (якщо застосовується) проживати в одиниці житла з обмеженням доходу/орендної плати в цьому Проекті.

Ім'я власника/агента з управління друкованими літерами

Підпис власника/агента з управління

Дата

Дата перегляду English-Ukrainian 04/2024



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

ЧАСТИНА Х. ЗАЯВА ПРО ВІДМОВУ

****ЗАЯВА ПРО ВІДМОВУ: МЕНЕДЖЕР ПОВИНЕН ЗАПОВНИТИ, ЯКЩО ДОХІД ЗАЯВНИКА ПЕРЕВИЩУЄ СЕРЕДНІЙ ДОХІД У ШТАТІ (\$ 99 200,00)**

Відмова повинна бути затверджена та підписана ОНCS до заселення заявника, який вимагає відмови. Надішліть запит на відмову з документами, що підтверджують поточне резервування, на електронну адресу ОНCS ARH.Portfolio@hcs.oregon.gov

ОНCS може скасувати обмеження щодо доходу та вікових вимог для домогосподарств, які бажають отримати житло в будинку для літніх людей, якщо в домогосподарстві є особа з інвалідністю, яка потребує спеціальних умов проживання для задоволення потреб, пов'язаних з інвалідністю, яка виникла внаслідок фізичного або психічного порушення, що істотно обмежує одну або кілька основних життєвих функцій; однак таке скасування не поширюється на вимоги розділу 142(d) Кодексу (скасування не враховується при розрахунку необхідного резерву нерухомості).

Ім'я власника/агента з управління друкованими літерами

Підпис власника/агента з управління

Дата

ЗАЯВА ПРО ВІДМОВУ ВІД ПРАВ:

Аналітик з питань дотримання вимог ОНCS (ім'я друкованими літерами)

Підпис аналітика з питань дотримання вимог ОНCS

Дата

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