



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

**CHỨNG NHẬN THU NHẬP CỦA NGƯỜI THUÊ NHÀ CAO TUỔI THEO ĐIỆN****TRÁI PHIẾU** (15 tháng 8, 1986 – hiện tại)☐ Chứng nhận ban đầu ☐ Tái chứng nhận ☐ Khác _____

Ngày chuyển vào: _____

Ngày có hiệu lực: _____
(MM/DD/YYYY)**PHẦN I. THÔNG TIN VỀ BẤT ĐỘNG SẢN**

Tên bất động sản: _____ Quận: _____ Số căn hộ: _____

Địa chỉ: _____ Số Phòng ngủ: _____

PHẦN II. THÀNH PHẦN HỘ GIA ĐÌNH

Số thành viên trong hộ gia đình	Họ	Tên	Chữ cái đầu tên đệm	Mối quan hệ với Chủ hộ gia đình	Chủng tộc	Sắc tộc	Người khuyết tật (Có/Không)	Ngày sinh	Sinh viên toàn thời gian (Có/Không)	4 số cuối của số an sinh xã hội
1										
2										
3										

PHẦN III. THU NHẬP GỘP HÀNG NĂM

Số thành viên trong hộ gia đình	(A) An sinh xã hội	(B) Lương hưu	(C) Đi làm/Tự kinh doanh	(D) Thu nhập khác
Tổng cộng				

Cộng tổng tất cả từ trên xuống (A) - (D) để xác định tổng thu nhập.

TỔNG THU NHẬP (E) =**PHẦN IV: THU NHẬP TỪ TÀI SẢN**

Số thành viên trong hộ gia đình	(F) Loại tài sản	(G) Vãng lai/Ước chừng (C/I)	(H) Giá trị tiền mặt của tài sản	(I) Thu nhập hàng năm từ tài sản

Nhập Tổng của Cột (H) **TỔNG CỘNG**Tỷ lệ % **Số tiết kiệm hiện tại**
(Nếu trên \$5.000) \$ _____ X _____ % = \$ _____**THU NHẬP ƯỚC CHỪNG (J) =**Nhập số lớn hơn trong hai số sau: Tổng của cột (I) hoặc Thu nhập ước chừng (J).**TỔNG THU NHẬP TỪ TÀI SẢN (K) =**Cộng cột (E) + (K). **TỔNG THU NHẬP HÀNG NĂM CỦA HỘ GIA ĐÌNH TỪ MỌI NGUỒN TÀI SẢN (L) =****CHỨNG NHẬN HỘ GIA ĐÌNH VÀ CHỮ KÝ**

Tôi/chúng tôi đã cấp cho mỗi người được nêu trong Phần II xác minh hợp lệ về thu nhập hàng năm và tài sản dự kiến hiện tại. Tôi/chúng tôi đồng ý thông báo ngay cho chủ nhà nếu có thay đổi về thành phần hộ gia đình hoặc nếu bất cứ thành viên nào trở thành sinh viên toàn thời gian trong thời gian thuê nhà này. Tôi/chúng tôi sẽ báo cáo bất cứ thay đổi nào về thu nhập hoặc thành phần hộ gia đình diễn ra trong khoảng thời gian từ khi ký biểu mẫu này đến ngày biểu mẫu này có hiệu lực.

Dưới trách nhiệm pháp lý về tội khai man, tôi/chúng tôi xác nhận rằng thông tin được trình bày ở trên là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi/chúng tôi. Tôi/chúng tôi hiểu thêm rằng việc cung cấp các thông tin sai lệch (gồm các thông tin gây hiểu lầm hoặc không hoàn chỉnh) ở đây cấu thành hành vi gian lận và có thể dẫn đến việc chấm dứt hợp đồng thuê nhà của tôi/chúng tôi.

Chữ ký của cư dân

Ngày

Chữ ký của cư dân

Ngày

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



Chọn tất cả những câu trả lời phù hợp

- ☐ Hộ gia đình đủ điều kiện là gia đình có thu nhập rất thấp hoặc thấp.
- ☐ Hộ gia đình đủ điều kiện ở mức 120% AMI, Áp dụng các hạn chế *** (Xem Hướng dẫn)
- ☐ Hộ gia đình không đủ điều kiện là gia đình có thu nhập rất thấp hoặc thấp. ** (Xem Phần X. Miễn trừ)
- ☐ Hộ gia đình đủ điều kiện là Hộ gia đình người cao tuổi (đánh dấu tất cả các câu trả lời phù hợp.)
 - ☐ Chủ hộ gia đình từ 58 tuổi trở lên.
 - ☐ Hộ gia đình không đủ 58 tuổi và không đủ điều kiện là người khuyết tật (Xem hướng dẫn)

ựa trên các tuyên bố tại đây và dựa trên chứng minh và tài liệu bắt buộc phải nộp, (các) cá nhân được nêu tên trong Phần II của Chứng nhận Thu nhập của Người thuê nhà này đủ điều kiện theo các điều khoản của Mục 142 (d) của Bộ luật thuế vụ, đã sửa đổi, và Thỏa thuận hạn chế sử dụng đất (nếu có), để sống trong một căn hộ thuộc diện hạn chế thu nhập/tiền thuê nhà trong Dự án này.

Ngày

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

PHẦN X. YÊU CẦU MIỄN TRỪ

****YÊU CẦU MIỄN TRỪ: QUẢN LÝ PHẢI HOÀN THÀNH NẾU NGƯỜI NỘP ĐƠN CÓ MỨC THU NHẬP TRUNG BÌNH TRÊN TOÀN TIỂU BANG (\$99.200.00)**

OHCS phải chấp thuận và ký vào đơn miễn trừ trước khi người nộp đơn yêu cầu miễn trừ chuyển vào. Gửi yêu cầu miễn trừ qua email kèm theo tài liệu chứng minh khoản tiền dành riêng hiện tại cho OHCS theo địa chỉ ARH.Portfolio@hcs.oregon.gov

OHCS có thể miễn trừ giới hạn thu nhập và yêu cầu về độ tuổi đối với hộ gia đình muốn cư trú tại bất động sản Nhà ở cho người cao tuổi nếu một người trong hộ gia đình là người khuyết tật và cần các điều khoản nhà ở đặc biệt để thích ứng với tình trạng khiếm khuyết. Tình trạng này phát sinh từ khiếm khuyết về thể chất hoặc tinh thần làm hạn chế đáng kể một hoặc nhiều hoạt động chính trong cuộc sống; tuy nhiên, họ sẽ không được miễn trừ các yêu cầu của Mục 142(d) của Bộ luật (việc miễn trừ không được tính vào khoản tiết kiệm tài sản bắt buộc).

Tên viết hoa của Chủ sở hữu/Người đại diện quản lý

Chữ ký của Chủ sở hữu/Người đại diện quản lý

Ngày

PHÊ DUYỆT MIỄN TRỪ:

Chuyên viên phân tích tuân thủ OHCS (Tên viết hoa)

Chữ ký của Chuyên viên phân tích tuân thủ OHCS

Ngày

Vui lòng gửi email đến Language.Access@HCS.oregon.gov nếu quý vị có góp ý hoặc đề xuất cải thiện bản dịch này