

May 30, 2024



Estimado solicitante:

La Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln ha abierto la lista de espera para los apartamentos Wecoma Place. Su nombre estaba en la lista de interesados. Para ser colocado en la lista de espera, debe completar una solicitud para determinar su elegibilidad.

La Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln ha implementado una preferencia local. Los solicitantes que viven y/o trabajan en el Condado de Lincoln tienen preferencia sobre los solicitantes fuera del Condado.

Solo aceptaremos solicitudes completadas y documentación de respaldo por parte de EE. UU. Servicio Postal o entregando la solicitud en la Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln.

No se aceptarán solicitudes por correo electrónico o fax.

Las solicitudes se procesan en orden de fecha y hora y tamaño de dormitorio.

El paquete de solicitud completo también debe incluir la siguiente documentación:

- Copias de las tarjetas de Seguro Social de todos los miembros del hogar (si corresponde)
- Copias de identificación con foto de todos los adultos en el hogar
- Carta de adjudicación de beneficios del Seguro Social 2024
- Verificación de todos los ingresos; empleo, manutención de los hijos, pensión, pensión alimenticia, (las copias de sus tres talones de cheques más recientes ayudarán a acelerar el procesamiento de su solicitud)
- Copias de los tres estados de cuenta bancarios más recientes de todas las cuentas de las que son titulares.
- Copia de los documentos para verificar los activos del hogar (IRA, acciones, contratos, etc.)
- Comprobante de residencia en el condado (factura de servicios públicos, correo (dirección a dirección física), recibo de alquiler, etc.)

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Asistente Administrativo al 541-265-5326 Ext. 300.



Housing Authority of Lincoln County

PO Box 1470, 1039 NW Nye St, Newport, OR 97365

(541) 265-5326 phone | (541) 265-6057 fax | info@housinglincolncountyor.gov





Apartamentos Wecoma Place
2133 NE 29 Ave. in Lincoln City, OR 97367

Wecoma Place es una propiedad de alquiler de viviendas con crédito fiscal de 44 unidades ubicada en Lincoln City. El subsidio de crédito fiscal permite alquileres basados en el 60% del ingreso medio del área y está dirigido a personas mayores (62+) e individuos con discapacidades y familias. El proyecto también incluye ocho (8) unidades que tienen un subsidio de vale basado en el proyecto, lo que permite alquileres basados en el 30 % del ingreso bruto ajustado. Este proyecto tiene preferencia para personas que viven o trabajan en el condado de Lincoln y/o fueron desplazadas como resultado del incendio del complejo Echo Mountain en 2020.

El desarrollo ofrece la siguiente combinación de unidades:

Tipo de unidad	N ° de Unidades	Pies cuadrados.	Tarifa de Alquiler	Depósito de seguridad
Una recámara /Un Baño	34*	@ 525	\$688	\$688
Dos recámaras /Un Baño	10	@ 739	\$847	\$847

Se aplican las siguientes restricciones de ingresos del hogar. Para ser elegible, el ingreso mensual mínimo requerido es una vez y media el alquiler mensual.

Mínimo Ingreso Mensual Bruto requerido (puede incluir un subsidio de vale para elección de vivienda)	
unidad de 1 recámara	unidad de 2 recámaras
\$1032	\$1271

	1 persona	2 personas	3 personas	4 personas	5 personas
Máximo Ingreso Anual Bruto	\$34,020	\$38,880	\$43,740	\$48,540	\$52,440

*Los límites de ingresos para el subsidio de vales basados en proyectos son los siguientes: 1 persona a \$28,350 y 2 personas a \$32,400.

Para ser incluido en la lista de espera, complete la solicitud y devuélvala a la autoridad de vivienda (en persona o a través del servicio postal de EE. UU.). Una solicitud incompleta retrasará el proceso de verificación. Las solicitudes de la lista de espera se procesan en orden de fecha y hora. Una vez que se determine que es elegible, se lo colocará en la lista de espera de Wecoma Place según el tamaño de la habitación. Cuando llegue al principio de la lista de espera, la Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln se comunicará con usted si se requiere información adicional. Importante: actualice a la Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln sobre cualquier cambio en su dirección postal. Todas las notificaciones de la lista de espera se realizan a través del servicio postal de EE. UU. Los vales de elección de vivienda de HUD son bienvenidos en Wecoma Place.

Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln
PO Box 1470, 1039 NW Nye St, Newport, OR 97365
(541) 265-5326 teléfono | (541) 265-6057 fax | info@housinglincolncoutnyor.gov

Declaración de no discriminación



De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

Si cree que ha sido víctima de discriminación por cualquiera de estos factores, no dude en solicitar información sobre cómo presentar una queja ante el Consejo de Vivienda Justa de Oregón en <https://fhco.org/>

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln al (541) 265-5326 o TTY al (800) 735-1232.

Declaración de adaptación razonable



La Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln está comprometida con la letra y el espíritu de la Ley de Vivienda Justa, que, entre otras cosas, prohíbe la discriminación contra personas con discapacidades. Haremos adaptaciones razonables en nuestras reglas, políticas, prácticas o servicios, cuando dichas adaptaciones puedan ser necesarias para brindar a las personas con discapacidades la igualdad de oportunidades para usar y disfrutar de sus comunidades de vivienda.

Si está discapacitado y desea solicitar dicha adaptación, puede hacerlo escribiendo a la Autoridad de Vivienda o llamándonos al (541) 265-5326, TTY 800 735-1232. La solicitud debe incluir información sobre las adaptaciones que solicita y cómo es necesario adaptarlas a su discapacidad. La información proporcionada para ajustes razonables está sujeta a verificación.

Información importante

Las solicitudes de lista de espera requieren una dirección postal completa y todos los miembros del hogar deberán proporcionar:

- Número de seguro social
- Declaración de Estatus Migratorio
- Firma (para mayores de 18 años)

Además, se requerirá documentación/copias de lo siguiente:

- Copias de las tarjetas de Seguro Social de todos los miembros del hogar (necesarias para investigación criminal y verificación de empleo) e identificación con fotografía (para mayores de 18 años)
- Comprobante de ingresos (carta(s) de concesión del Seguro Social, pensión(es), empleo, etc.)
- Nombre completo y dirección postal de todos los propietarios y referencias personales.
- Documentación de activos, incluidas copias de extractos bancarios de los últimos seis (6) meses.

NOTA: Al realizar una solicitud de vivienda, la información proporcionada en el proceso de solicitud y certificación o después de ser arrendada se considera material. La violación de cualquier obligación o la tergiversación de cualquier información constituirá un incumplimiento de la solicitud y de cualquier contrato de arrendamiento celebrado con el solicitante.

Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln
PO Box 1470, 1039 NW Nye St, Newport, OR 97365
(541) 265-5326 teléfono | (541) 265-6057 fax | info@housinglincolncoutnyor.gov



Solicitud de Lista de Espera: Apartamentos Wecoma Place 2133 NE 29 Ave. in Lincoln City, OR 97367

IMPORTANTE: Si usted o algún miembro de su hogar necesita ayuda con esta solicitud, informe a la Autoridad de Vivienda. Todas las áreas deben completarse o marcarse como "no aplicable". Los formularios incompletos no serán aceptados ni colocados en la lista de espera. La fecha de su solicitud para la lista de espera será la fecha en que nuestra oficina reciba el formulario completo.

Solo para uso de la oficina

Nombre _____
 Tamaño RC _____
 Pref HA _____
 # Comp _____
 Hora Recibido _____ a. m./p. m.

Nota: Este proyecto tiene preferencia local (residencia en el condado de Lincoln) y de recuperación de incendios forestales.

Marque lo siguiente que mejor se aplique a usted y su hogar (marque todo lo que corresponda):

- El ingreso anual para 1 persona no excede \$28,350 y 2 personas \$32,400.
- El ingreso anual de 1 persona no excede \$34,020, 2 personas \$38,880, 3 personas \$43,740 y 4 personas \$48,540.
- El hogar actualmente tiene un Vale de Elección de Vivienda.
- Marque aquí si fue desplazado como resultado del incendio del Echo Mountain Complex en 2020.

Seleccione uno: [] Una recámara [] Dos recámaras

Composición del grupo familiar: mencione a todos los que vivirán en la unidad. Solo incluya a los hijos que estarán con usted 51% o más del tiempo.

Nombre legal (como se muestra en la tarjeta del SS)	Sexo	Relación con la Cabeza de Familia	Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento (ciudad, estado)	# Seguro Social (#SS completo o n/a)	Origen Étnico* (círcule uno)	Raza** (círcule uno)
1.		USTED	/ /				1 2	1 2 3 4 5
2.			/ /				1 2	1 2 3 4 5
3.			/ /				1 2	1 2 3 4 5
4.			/ /				1 2	1 2 3 4 5

*Origen Étnico: (1) Hispano o Latino (2) No Hispano ni Latino

**Raza: (1) Blanco (2) Negro/Afroamericano (3) Indio Americano/Nativo de Alaska (4) Asiático (5) Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico

Nota: La información de raza y origen étnico es opcional y no se usará para determinar la elegibilidad. Solo para propósitos de estadística.

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: __ Código postal: _____

Dirección Postal (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: __ Código postal: _____

Teléfono Primario #: _____ Correo Electrónico: _____

Toda la correspondencia se enviará a la dirección más reciente incluida en cualquier solicitud enviada a la Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln.

Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln
 PO Box 1470, 1039 NW Nye St, Newport, OR 97365
 (541) 265-5326 teléfono | (541) 265-6057 fax | info@housinglincolncoutnyor.gov

Si no habla o lee inglés, ¿qué idioma habla o lee?

Usted O algún miembro de su grupo familiar (marque todas las que correspondan):

- ¿Es mayor de 62 años?
- ¿Es un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?; ¿quién? _
- ¿Es discapacitado o inabilitado?; ¿quién? _____

¿Necesita una vivienda de alquiler con características especiales? (circule todas las que correspondan):

barandilla accesible para silla de ruedas sin escaleras
otra _____

¿Necesita un asistente que vive en casa? (círcule uno): sí no

Nota: Una persona no tiene que recibir beneficios de discapacidad del Seguro Social para que los propósitos del programa la consideren discapacitada. HUD define como discapacitada a “una persona que no puede participar en ninguna actividad sustancial remunerada por cualquier impedimento físico o mental determinado médicamente que pueda durar un período continuo de no menos de 12 meses”. Si usted siente que cumple esta definición, marque la casilla de abajo. Si usted NO recibe beneficios del Seguro Social, necesitamos verificar su discapacidad con un médico calificado o con un especialista en diagnóstico en el momento en que su nombre llegue al principio de la lista de espera.



La Autoridad de Vivienda del condado de Lincoln no discrimina según raza, color, país de origen, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad o edad. La persona responsable de asegurar el cumplimiento de los derechos civiles y las reglamentaciones de la Sección 504 es el gerente de los Programas de vivienda, con quien puede comunicarse llamando al (541) 265-5326.

Ingresos del grupo familiar: *mencione todos los ingresos, salarios o beneficios que reciben los miembros de su grupo familiar.*

Recipiente de los Ingresos (¿quién recibe los ingresos?)	Fuente de Ingresos (TANF, Trabajo, Seguro Social, etc.)	Ingresos Brutos Mensuales (antes de impuestos/retenciones)

Activos del grupo familiar: *mencione todos los activos (por ejemplo, cuentas bancarias, fondos de fideicomiso, etc.) para todos los miembros de su grupo familiar*

Persona con el Activo	Tipo de Activo y Nombre y Dirección de la Institución	Valor Actual

Algún miembro del grupo familiar ha sido arrestado, condenado o acusado de:

- Tenencia, fabricación o distribución de una sustancia controlada (círcule uno): sí no
- ¿Algún delito que no sean infracciones menores de tránsito (círcule uno)? sí no
- ¿Necesita inscribirse como agresor sexual (círcule uno)? sí no

Si respondió Sí a cualquiera de las preguntas de arriba, explique brevemente y mencione todas las fechas de arrestos o condenas:

¿Ha sido desalojado (donde el propietario de la vivienda predominó) con una Orden de Entrada por la Fuerza (Entrada forzosa y retención, EFR) por cualquier motivo (círcule uno)? sí no

Si respondió sí a las preguntas de arriba, explique brevemente y mencione fechas:

Esta solicitud es SOLO para colocación en la lista de espera de Apartamentos de Wecoma Place. La elegibilidad final se verificará y determinará en el momento en que su familia llegue al principio de la lista de espera. Los criterios de elegibilidad se describen en la Política de Admisiones y continua inquilinato, que está en nuestro sitio de web y en la oficina de la Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln.

Yo/nosotros certifico/certificamos que TODA la información dada en esta solicitud para lista de espera es verdadera y completa hasta donde yo sé. Entiendo que dar información falsa o engañosa en esta solicitud puede resultar en la determinación de que no soy elegible para la asistencia de alquiler. Comprendo que es mi responsabilidad informar a la Autoridad de Vivienda POR ESCRITO si tengo un cambio en mi dirección o composición de familia y que, si no respondo a la correspondencia, peticiones de información actualizada o citas antes de los plazos, puede resultar en que mi solicitud se vuelva inactiva en la lista de espera de la vivienda pública.

Firma de la Cabeza de Familia _____ Fecha _____

Firma del Corresponsable o Cónyuge _____ Fecha _____

Firma (todos los mayores de 18) _____ Fecha _____

Firma (todos los mayores de 18) _____ Fecha _____

Información de contacto opcional y complementaria para solicitantes de asistencia de vivienda del HUD

COMPLEMENTO PARA SOLICITUD DE VIVIENDA CON ASISTENCIA FEDERAL

Este formulario será proporcionado a cada solicitante de vivienda con asistencia federal

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional: Tiene derecho por ley de incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información relevante de un familiar, amigo u organización social, médica, de defensa o de otra índole. Esta información de contacto se recopila con el objeto de identificar a una persona u organización que puede ayudar a resolver cualquier problema que podría surgir durante su alquiler o que puede ayudar a proporcionar cualquier servicio o atención especial que usted pudiera requerir. **Podrá actualizar, quitar o cambiar la información que proporcionó en este formulario en cualquier momento.** No se le exigirá que brinde la información de este contacto, pero si escoge hacerlo, incluya la información relevante en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de teléfono celular:
Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
Relación con el solicitante:	
Motivo del contacto: (Marcar todo lo que corresponda)	
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda con el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> No es posible comunicarse con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en los términos del arrendamiento
<input type="checkbox"/> Rescisión de la asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las reglas de la casa
<input type="checkbox"/> Desalojo de la unidad	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Pago atrasado de la renta	
Compromiso del propietario o de la autoridad de la vivienda: Si es aprobado para la vivienda, esta información será conservada como parte de su archivo de locatario. Si surgen problemas durante su alquiler o si requiere de algún servicio o atención especial, es posible que nos comuniquemos con la persona u organización que incluyó para que lo ayude a resolver los problemas o le proporcione algún servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información proporcionada en este formulario es confidencial y no será divulgada a nadie salvo según lo permitido por el solicitante o la ley vigente.	
Notificación legal: La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que a cada solicitante de vivienda con asistencia federal se le ofrezca la opción de proporcionar información relacionada con una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de vivienda acuerda cumplir con los requisitos de igualdad de oportunidades y no discriminación de 24 CFR sección 5.105, que incluye las prohibiciones sobre discriminación en la admisión o participación en programas de viviendas con asistencia federal debido a la raza, el color de la piel, la religión, el origen nacional, el sexo, la discapacidad y el estado familiar según la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición sobre discriminación debido a la edad según la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975.	

Marque esta casilla si escoge no proporcionar la información de contacto.

--	--

Se eliminó el cuadro de la firma

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario fueron enviados a la Oficina de Administración y Presupuesto (*Office of Management and Budget*, OMB) según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Título 44, secciones 3501-3520 del Código de los EE. UU.). Se calcula que la carga de declaración pública es de 15 minutos por respuesta e incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. La sección 644 de la Ley de Desarrollo Comunitario y de Vivienda de 1992 (Título 42, sección 13604 del Código de los EE. UU.) impuso al HUD la obligación de solicitar a los proveedores de viviendas que participan en programas de viviendas con asistencia del HUD que proporcionen a todas las personas o familias que soliciten la ocupación de una vivienda con asistencia del HUD la opción de incluir en la solicitud el nombre, la dirección, el número de teléfono y demás información relevante de un familiar, amigo o una persona relacionada con una organización social, médica, de defensa o similar. El objeto de proporcionar tal información es facilitar el contacto por parte del proveedor de viviendas con la persona u organización identificada por el locatario para que ayude a brindar todo servicio o atención especial al locatario y ayudarlo a resolver cualquier problema de alquiler que surgiere durante el alquiler por parte de dicho locatario. Esta información de solicitud complementaria será conservada por el proveedor de vivienda y en carácter de confidencial. Proporcionar la información es básico para las operaciones del Programa de Vivienda con Asistencia del HUD y es un acto voluntario. Respaldar los requisitos reglamentarios y los controles de administración y del programa para prevenir el fraude, el derroche y la mala administración. De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, una agencia no podrá conducir ni patrocinar, y no se le solicitará a una persona que responda a una recopilación de información, salvo que en la recopilación de información aparezca un número de control de OMB válido en la actualidad.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550 autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD) a que recopile toda la información (salvo el número de seguro social [SSN]), la cual será usada por el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas.

APPLICANT/TENANT QUESTIONNAIRE

Each household member 18 or older (or if under 18 and qualified as Head, Co-Head, or Spouse) must complete a separate Questionnaire.

This form to be completed by the Applicant/Tenant - Answer each statement below by checking "Yes" or "No" and complete all additional information as it applies to you.

Applicant/Tenant Name: _____ Unit #: _____

YES NO

Property: _____

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I filed a tax return last year for myself, jointly with my spouse/partner, and/or for my business. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I am married and file a joint tax return. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I am a Student: <input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> Full-Time School Name: _____ |

INCOME

Applicant/Tenant Estimated Gross Monthly Income from all sources: \$ _____

YES NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I am employed and receive wages. I am employed at more than one job? <input type="checkbox"/> Yes # _____ <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I receive income from: (Tips: \$_____/Week) – (Commissions: \$_____/Month) – (Bonuses: \$_____/Year) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I am <input type="checkbox"/> Self-employed or <input type="checkbox"/> own a business. Type of business: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I have secured new employment and will begin working on: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I am on a leave of absence from work. If 'Yes', for how long: Start date: _____ End date: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I receive income from <input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Worker's Compensation <input type="checkbox"/> Disability Compensation <input type="checkbox"/> Severance |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I receive/ am entitled to receive Child Support and/or Alimony payments. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I receive Veteran's Benefits (VA). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I receive <input type="checkbox"/> Social Security (SS) <input type="checkbox"/> Supplemental Security (SSI) <input type="checkbox"/> Social Security Disability (SSD) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I receive rental assistance such as <input type="checkbox"/> Section 8, <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I receive welfare/public assistance such as TANF, AFDC (exclude food stamps) or Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I receive income from a household member/s temporarily absent from the unit. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I receive income from a Pension, Annuity, IRA, 401K, Trust or Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I receive periodic payments from family, friends or Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I receive income from a foster child (unearned) or foster adult (earned/unearned) who resides with me. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I receive periodic income from Long-Term Care insurance, Disability, and/or Death benefits. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I have other forms of income not specified above. Source: _____ \$ _____ Per month. |

ASSETS

YES NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I have # _____ Checking account(s): List Bank(s): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I have # _____ Savings account (s): List Bank(s): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I have # _____ Money Market account(s) List Bank(s): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I own # _____ Certificate (s) of Deposit: List Bank(s): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I hold assets in a safe deposit box or other safe location. Amount/Value: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I have investments in Stocks, Bonds, Treasury bills and/or mutual funds. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I have a Pension, Annuity, IRA, 401K or other form of retirement; I do NOT draw/receive income from them. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I own Real Estate. I owe/pay a mortgage on this property: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Owe: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I own Real Estate and I am currently renting the property to others. Monthly rent amount: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I own Real Estate and I am in the process of selling the property. Or, I have a reverse mortgage. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I own Real Estate and I hold a mortgage or Deed of Trust (I'm selling the property on contract). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I have a Life Insurance Policy (exclude Term Life). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I hold personal property as an investment (Coin collections, gems, antique cars, etc.). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I have other forms of assets not specified above. Source: _____ Amount: \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I have disposed of assets for more than \$1,000 less than Fair Market Value (FMV) during the past 2 years. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | I have cash-on-hand. The amount is: \$ _____ |

➤ Total household assets are: Over \$5,000 -OR- Under \$5,000.

Under penalty of perjury, I certify that the information provided in this certification is true and correct to the best of my knowledge. The undersigned further understands that providing false representations herein constitutes an act of fraud. False, misleading or incomplete information may result in the termination of a lease agreement.

Signature of Applicant/Tenant

Date

INCOME STATUS CERTIFICATION

Applicant/Tenant Name: _____ Unit #: _____

Property Name: _____

This form to be completed by the Applicant/Tenant

Answer all of the following: Mark each statement as True or False as it applies to you and complete the other information indicating sources and amounts of each as applicable.

TRUE FALSE

1. I have never been employed.
2. I am unemployed. My most recent work end date is: _____ I worked at: _____
3. I have applied for Unemployment Benefits. Date applied: _____
Benefits are expected to start on: _____
If NOT; Explain: _____

4. I am receiving Unemployment benefits. My gross weekly benefit amount is: \$ _____

5. I receive income from the following Benefits sources-fill in the gross monthly amount for each:

VA Pension:	\$
Social Security (all forms):	\$
Disability:	\$
Child Support/Alimony:	\$
Other:	\$

6. I receive income from the following Assistance sources-fill in the gross monthly amount for each:

TANF:	\$
Family/Friends:	\$
Other:	\$
Other:	\$

7. I have income from a source not listed above. I receive \$ _____ per month from: _____

8. I have no income from any source and other household members pay for all my expenses.

9. I have no income from any source and other person/s or entities **outside my household** pay for expenses on my behalf-
Fill in the amount paid for each item and the person or entity that makes the payment:

Rent:	\$	Paid by:
Utilities:	\$	Paid by:
Phone:	\$	Paid by:
Household supplies:	\$	Paid by:
Transportation	\$	Paid by:
Other non-food items:	\$	Paid by:
Other:	\$	Paid by:

10. I have no income from any source and no other person or entity pays for expenses on my behalf.
Explain how expenses are paid: _____

11. I have secured new employment at: _____
(Attach a copy of offer letter or other documentation from employer supporting this information).
This employment will begin on: _____
My gross monthly income will be: \$ _____

Under penalty of perjury, I certify that the information presented in this certification is true and accurate to the best of my knowledge. The undersigned further understands that providing false representations herein constitutes an act of fraud. Providing false, misleading or incomplete information may result in the termination of a lease agreement.

Printed Name of Applicant/Tenant _____ Applicant's/Tenant's Signature _____ Date _____

NOTE: Section 1001 of Title 18 of the U.S. Code makes it a criminal offense to make willful false statements or misrepresentations to any Department or Agency of the United States as to any matter within its jurisdiction.



Oregon Department of Justice

Oregon Child Support Program

Supporting Parents to Support Children

Division of Child Support

PO Box 14680

Salem OR 97309

800-850-0228

OregonChildSupport.gov

Autorización para Divulgar Registros de Pagos de Manutención

Yo, (escriba o imprima su nombre completo) _____, más identificado por (*seleccione uno*):

los últimos cuatro dígitos de mi Número de Seguro Social _____, o

fecha de nacimiento (*mm/dd/aa*)

autorizo la divulgación y la liberación de mis registros confidenciales de manutención de hijos o manutención conyugal a:

Nombre de la persona o entidad: _____

Correo electrónico o número de fax: _____

Marque el que aplica:

Esto autoriza la divulgación del historial de pagos de los últimos 12 meses, a la persona o entidad mencionada anteriormente, para el número de caso _____ del Programa de Manutención de Hijos de Oregon.

Esto autoriza la divulgación del historial de pagos de los últimos 12 meses, a la persona o entidad mencionada anteriormente, para todos los casos del Programa de Manutención de Hijos de Oregon que se encuentren utilizando la información proporcionada anteriormente.

Esta autorización se vence **seis meses** desde la fecha de la firma a menos que sea revocado por mí antes de esa fecha por escrito al Programa de Manutención de Hijos de Oregon.

Fecha _____ Firma _____ Nombre en letra de molde _____

No. de celular: _____ ¿Textos? Si No No. para dejar mensajes: _____

No. de teléfono de casa: _____ Correo electrónico: _____

Domocilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Usaremos su dirección para enviarle documentos en el futuro. También puede aparecer en los documentos legales dados a la otra parte y en los registros de la corte. Si no desea que su dirección sea dada a lo otra parte o aparecer en los registros de la corte, por favor, póngase en contacto con nosotros.

Reiniciar el Formulario

UNDER \$5,000 ASSET CERTIFICATION

For Households with combined net assets under \$5,000. Complete one form per household (include assets of children)

Head of Household Name: _____ Unit#: _____

Property Name: _____

Household Assets Include:

Cash Value*	Interest Rate	Annual Income	Source		Cash Value*	Interest Rate	Annual Income	Source
\$	%	\$	Checking Account		\$	%	\$	Checking Account
			Savings Account					Savings Account
			_____ Account					_____ Account
			Cash On Hand					Money Market
			Stocks / Bonds / CDs					Safe Deposit Box
			401K - Retirement					IRA
			Trust Fund					Real Estate Equity
			Whole-Life Insurance					Pension
			Other:					Other:
			Other:					Other:
			Personal Property**(Describe):					

NOTE: Funds in certain accounts (e.g. retirement, pension, trusts) may not be fully accessible to you. Include only accessible amounts

***Cash Value** is defined as market value minus the cost of converting the asset to cash – can include broker’s fees, settlement costs, outstanding loans, early withdrawal penalties, etc.

****Personal property** held as an investment may include but is not limited to gem or coin collections, art, antique cars etc. Do not include necessary personal property such household furniture, daily-use autos, clothing, assets of an active business or special equipment for use by the disabled.

Please check A or B and Complete C as it applies to your Household:

- A. Within the past two (2) years, I/we have sold or given away assets (including cash, real estate, etc.) for more than \$1,000 below the fair market value (FMV). The difference between FMV and the amount received, for each asset on which this occurred is included above and are equal to a total of \$ _____
- B. Within the past two (2) years, I/we have NOT sold or given away assets (including cash, real estate, etc.) for less than fair market value.
- C. The net household assets (as defined in 24 CFR Part 5) above do not exceed \$5,000 and the annual income from the net household assets is \$ _____. This amount is included in the total gross annual income.**

Signatures:

Under penalty of perjury, I/we certify that the information presented in this certification is true and accurate to the best of my/our knowledge. The undersigned further understand (s) that providing false representations herein constitutes an act of fraud. False, misleading or incomplete information may result in the termination of a lease agreement.

Signature of Applicant/Tenant _____ Printed Name of Applicant/Tenant _____ Date _____

Signature of Applicant/Tenant _____ Printed Name of Applicant/Tenant _____ Date _____

NOTE: Section 1001 of Title 18 of the U.S. Code makes it a criminal offense to make willful false statements or misrepresentations to any Department of Agency of the United States as to any matter within its jurisdiction.

ANNUAL LIHTC/BOND CERTIFICATION OF STUDENT STATUS

All household members 18 or older (or if under 18 and qualified as Head, Co-Head, or Spouse) must complete, sign and date this form at move-in and annually.

Property Name: _____ BIN #: _____ Unit #: _____

Household Occupants: _____

This form is to be completed by Applicant/Tenant

You have applied for (or currently reside in) a rental housing unit located in a development operating under the "Low-Income Housing Tax Credit" (LIHTC) Program of Section 42 of the Internal Revenue Code. Provisions of this code require verification of all income and assets, as well as other claims of eligibility. Please check A, B, or C as it applies to your household:

- A. **Household contains at least one occupant who is not a student, has not been a student, and will not be a student for any part of 5 months or more during the current and/or upcoming calendar year** (months need not be consecutive). If this item is checked, **and** you have student loans in repayment or deferral, please state how long it has been since you were in school _____. If you do not have student loans and have checked this item, no further action is necessary.

- B. **Household contains all students, but is qualified because the following occupant, _____, is a part-time student.** Verification of Student Status/Financial Assistance Form is required for at least one household member.

- C. **Household contains all full-time students for any part of 5 months or more during the current and/or upcoming calendar year** (months need not be consecutive). If "C" applies, complete questions 1-5 below:
 - 1. Is at least one student receiving assistance under Title IV of the Social Security Act (i.e. AFDC, TANF, etc.)? Yes No

 - 2. Was at least one student previously under the care and placement responsibility of the state agency responsible for administering foster care? If yes, attach documentation of previous participation. Yes No

 - 3. Does at least one student participate in a program receiving assistance under the Job Training Partnership Act, Workforce Investment Act, or under other similar federal, state or local laws? If yes, attach documentation of current participation. Yes No

 - 4. Is at least one student a single parent with child(ren) *and* this parent is not a dependent of another individual *and* the child(ren) is/are not dependent(s) of someone other than the other (or absent) parent? If yes, attach third party documentation (i.e. tax return or a court order establishing custody). Yes No

 - 5. Are the students married and file a joint tax return? If yes, attach a copy of the marriage license or the most recently filed tax return. Yes No

Under penalty of perjury, I/we certify that the information presented in this certification is true and accurate to the best of my/our knowledge. I/we agree to notify management immediately of any changes in this household's student status. The undersigned further understand(s) that providing false representations herein constitutes an act of fraud. False, misleading or incomplete information may result in the termination of a lease agreement.

Signature of Applicant/Tenant	Printed Name of Applicant/Tenant	Date
Signature of Applicant/Tenant	Printed Name of Applicant/Tenant	Date

NOTE: Section 1001 of Title 18 of the U. S. Code makes it a criminal offense to make willful false statements or misrepresentations to any Department or Agency of the United States as to any matter within its jurisdiction.

REFERENCIAS DE ALQUILER

Se requiere una dirección postal completa para las referencias.
Proporcione la dirección de correo electrónico / o el número de fax si está disponible.
Por favor, escriba con letra de imprenta clara

Complete la sección de referencia del arrendador dando primero su arrendador actual o más reciente, seguido del siguiente arrendador más reciente. (Incluya al menos cinco años de historial de alquiler) Si no tuviste un arrendador, pon una explicación de dónde viviste para que se explique cualquier laguna en tu historial de alquiler.

Asegúrate de incluir tu residencia actual.

Nombre del arrendador #1: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico/fax _____

Dirección para correspondencia: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

¿Es este un propietario actual? Sí No

Dirección de su unit _____ de alquiler

¿Cuánto tiempo estuviste en la unidad? _____ De: _____ Para: _____

¿Es esta persona un amigo cercano o un pariente? Sí No

Nombre del arrendador #2: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico/fax _____

Dirección para correspondencia: _____

Código Postal de la Ciudad/Estado: _____

¿Es este un propietario actual? Sí No

Dirección de su unit _____ de alquiler

¿Cuánto tiempo estuviste en la unidad? _____ De: _____ Para: _____

¿Es esta persona un amigo cercano o un pariente? Sí No

Nombre del arrendador #3: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico/fax _____

Dirección para correspondencia: _____

Código Postal de la Ciudad/Estado: _____

¿Es este un propietario actual? Sí No

Dirección de su unit _____ de alquiler

¿Cuánto tiempo estuviste en la unidad? _____ De: _____ Para: _____

¿Es esta persona un amigo cercano o un pariente? Sí No

Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

PROPÓSITO: La Autoridad de Vivienda del Condado de Lincoln utiliza esta autorización y la información obtenida con ella para administrar y hacer cumplir las reglas y políticas del programa de vivienda.

INDIVIDUOS U ORGANIZACIONES A LOS QUE SE SOLICITA DIVULGAR INFORMACIÓN

A cualquiera de las siguientes organizaciones individuales, incluidas organizaciones gubernamentales, se le puede solicitar que divulgue información:

- Empleadores, pasado y presente
- Bancos y otras instituciones financieras
- Agencias estatales como TANF, Departamento de Empleo, CSC
- Proveedores de: pensión alimenticia, cuidado infantil, manutención infantil, asistencia crediticia para discapacitados, atención médica, pensiones/anualidades
- Administración de la Seguridad Social de EE. UU. Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.
- Escuelas y colegios
- Tribunales y agencias de aplicación de la ley
- Oficinas de correos
- Empresas de servicios públicos
- Oficinas de crédito
- Propietarios actuales y anteriores (incluidas agencias de vivienda pública) Referencias personales profesionales
- Otro, Agencia de referencia:

INFORMACIÓN CUBIERTA: la información compartida puede incluir:

- Gastos de cuidado infantil G a s t o s de asistencia para discapacitados
- Historial crediticio, inquietudes financieras Problemas médicos, psicológicos o psiquiátricos Actividad delictiva, cuestiones legales Identidad y estado civil
- Composición familiar N ú m e r o s de seguro social
- Empleo, Ingresos, Pensiones y Activos Residencias e Historial de Alquiler Beneficios federales estatales, tribales o locales

AUTORIZACIÓN

- Autorizo la divulgación de cualquier información (incluida la documentación y otros materiales) pertinente a participación de elegibilidad en los Programas de Asistencia de la Sección 8 y Vivienda Pública de Alquiler Bajo.
- Entiendo que esta autorización no se puede utilizar para obtener información sobre mí que no sea pertinente a mi elegibilidad y participación continua en los Programas de Asistencia de la Sección 8 y Vivienda Pública de Alquiler Bajo.
- Acepto que se puedan utilizar fotocopias de esta autorización para los fines indicados anteriormente. Esta autorización permanecerá en vigor durante quince meses a partir de la fecha de su firma.

Firma del jefe de Hogar

Imprimir nombre

XXX-XX-

Número de seguro social

Fecha

Firma del cónyuge/otro adulto

Imprimir nombre

XXX-XX-

Número de seguro social

Fecha