





## 2. 자산 소득 계산

가족 자산의 현금 가치가 \$5,000를 초과하는 경우, 이 자산에서 발생하는 연간 소득은 (1) 실제 자산 소득, 또는 (2) 자산의 귀속 소득을 기준으로 결정됩니다.

Sample Only

Sample Only

Sample Only

Sample Only



3. 자산 1: 변경 유형

a. 신규 자산 또는 자산 증가  b. 자산 감소

4. 자산 1 (1개의 자산만 선택하세요)

- a. 당좌 계좌  e. 생명보험 계약(정기)  h. 주식  k. 채권
- b. 저축 계좌  f. 생명보험 계약(종신)  i. 신탁 자금
- c. 머니마켓 펀드/뮤추얼 펀드  g. 부동산, 주택, 주택 조합(CO-OP), 또는 콘도 (투자용 보유 재산)  j. 401K/IRA/ROTH IRA (은퇴 계좌)
- d. 기타 (명시하세요)

5. 현재 가치

\$    ,    .

6. 이자율 (해당하는 경우)

%

7. 자산에서 얻은 이자

8. 금융기관 명칭

9. 위에서 부동산, 주택, 주택 조합(CO-OP), 또는 콘도에 표시한 경우, 아래의 질문 10과 11에 답하고, 각 재산에 대해 재산의 종류, 주소, 소유권 비율, 구입일, 원래 구입 가격, 대출 기관 명칭을 포함한 기존 대출 금액, 현재 가치 및 지난해 소득(있는 경우)을 보여주는 진술서에 서명하여 제출하세요.

10. 소유 비율(%)

11. 지난 12개월의 재산 소득

\$    ,    .

3. 자산 2: 변경 유형

a. 신규 자산 또는 자산 증가  b. 자산 감소

4. 자산 2 (1개의 자산만 선택하세요)

- a. 당좌 계좌  e. 생명보험 계약(정기)  h. 주식  k. 채권
- b. 저축 계좌  f. 생명보험 계약(종신)  i. 신탁 자금
- c. 머니마켓 펀드/뮤추얼 펀드  g. 부동산, 주택, 주택 조합(CO-OP), 또는 콘도 (투자용 보유 재산)  j. 401K/IRA/ROTH IRA (은퇴 계좌)
- d. 기타 (명시하세요)

5. 현재 가치

\$    ,    .

6. 이자율 (해당하는 경우)

%

7. 자산에서 얻은 이자

8. 금융기관 명칭

9. 위에서 부동산, 주택, 주택 조합(CO-OP), 또는 콘도에 표시한 경우, 아래의 질문 10과 11에 답하고, 각 재산에 대해 재산의 종류, 주소, 소유권 비율, 구입일, 원래 구입 가격, 대출 기관 명칭을 포함한 기존 대출 금액, 현재 가치 및 지난해 소득(있는 경우)을 보여주는 진술서에 서명하여 제출하세요.

10. 소유 비율(%)

11. 지난 12개월의 재산 소득

\$    ,    .

A. 지난 2년 동안 \$1,000를 초과하는 자산을 매각하거나 처분했습니까?

1. 예\*  2. 아니요

\* 3. '예'일 경우, 아래의 정보를 작성하세요. '아니요'일 경우, 이 항목을 건너뛰세요.

4. 자산 유형

5. 처분하거나 매각한 날짜

(mm/dd/yyyy)

6. 매각 가격

\$    ,    .

7. 처분 또는 매각 시점의 시장 가치

\$    ,    .





## F. 의료/장애 비용 변경

각 가족 구성원의 의료보험료를 포함하여 환급되지 않는 의료 비용의 변경 유형을 아래의 빈칸에 표시하세요. HOH 양식에 모든 비용이 나열되어 있습니다.

### 1. 의료/ 장애 비용 1 변경 유형:

a. 신규 의료/장애 비용 또는 증가
  b. 의료/장애 비용 감소

c. 비용 종료: 종료 날짜
 





  
 (mm/dd/yyyy)

### 2. 비용 1 성

### 3. 이름

### 4. 중간 이름

### 5. 의료 비용 유형

### 6. 본인 부담(OUT-OF-POCKET)

의료 비용 금액

|    | a. 주당  | b. 격주당   | c. 월간  | d. 반월간   | e. 연간  |
|----|--|--|--|--|--|
| \$ | <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid red;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid red;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid red;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid red;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid red;" type="text"/> |

### 1. 의료/장애 비용 2 변경 유형:

a. 신규 의료/장애 비용 또는 증가
  b. 의료/장애 비용 감소

c. 비용 종료: 종료 날짜
 





  
 (mm/dd/yyyy)

### 2. 비용 2 성

### 3. 이름

### 4. 중간 이름

### 5. 의료 비용 유형

### 6. 본인 부담(OUT-OF-POCKET)

의료 비용 금액

|    | a. 주당  | b. 격주당   | c. 월간  | d. 반월간   | e. 연간  |
|----|--|--|--|--|--|
| \$ | <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid red;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid red;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid red;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid red;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 15px; border: 1px solid red;" type="text"/> |

## G. 가구주가 서명하는 임차인 인증

1. 본인은 이 문서와 제출된 기타 증빙 문서를 통해 뉴욕시 주택국(New York City Housing Authority)에 제공한 정보는 본인이 아는 한 정확하고 완전함을 증명합니다.

본인은 허위 진술이나 정보의 제공은 연방 및 주 법에 따라 처벌됨을 이해하고 인정합니다.

본인은 허위 진술이나 정보는 주택 지원의 해지 사유가 됨을 이해합니다.

또한 본인은 상기 진술을 읽었거나 타인이 본인에게 읽어 주었습니다.

a. 가구주(임차인) 이름  
기재

b. 가구주(임차인) 서명

c. 서명 날짜   
(mmdyyy)

d. 가구주(공동 임차인) 서명

e. 가구주(공동 임차인) 서명

f. 서명 날짜   
(mmdyyy)

