NEW YORK CITY HOUSING AUTHORITY
MIESZKALNICTWO KOMUNALNE

A. MIESZKALNICTWO KOMUNALNE TYMCZASOWA ZMIANA WYSOKOŚCI DOCHDÓW - GŁOWA RODZINY

1. IMIĘ I NAZWISKO

2. ADRES LOKATORA:

3. E-MAIL:

4. NUMER SPRAWY:

5. TELEFON DOMOWY:

6. TELEFON KOMÓRKOWY:

7. Prosimy skorzystać z niniejszego formularza, aby zgłosić zmiany wysokości dochodu dotyczące tylko głowy rodziny. Aby zgłosić zmianę wysokości dochodu pozostałych członków gospodarstwa domowego, prosimy skorzystać z formularza NYCHA 040.932A. Inne zmiany oraz podwyżki, w tym zmiany wysokości kosztów utrzymania osób otrzymujących świadczenia emerytalne z opieki społecznej, TANF oraz osób otrzymujących zasiłek dla weteranów służby wojskowej oraz nowe źródła lub zwiększenie wysokości pozostałych dochodów należy zgłaszać dopiero w ramach kolejnej corocznej weryfikacji.

8. Wszelkie dodatkowe uwagi dotyczące zmiany wysokości dochodów należy wpisać poniżej

9. Wypełnić wszystkie stosowne strony. Wypełnione formularze należy zwracać wraz z dokumentacją towarzyszącą (np. pismo od pracodawcy, pismo potwierdzające zwolnienie z pracy, dwa kolejne odcinki wypłaty wynagrodzenia itp.)

B. WNIOSEK O ZMIANĘ DOTYCZĄCY GŁOWY RODZINY

1. NAZWISKO

2. IMIĘ

3. DRUGIE IMIĘ

4. NR UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO SSN

5. ALTERNATYWNY NR IDENTYFIKACYJNY (W PRZYPADKU BRAKU SSN)

6. DATA URODZENIA *(mm/dd/rrrr)*

Sample Only

C. ZMIANA WYSOKOŚCI DOCHODU

1. DOCHÓD NR 1 RODZAJ ZMIANY

☐ a. NOWE ŹRÓDŁO DOCHODU LUB PODWYŻKA DOCHODU

☐ b. ZMNIEJSZENIE WYSOKOŚCI DOCHODU

☐ c. UTRATA DOCHODU DATA UTRATY ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (mm/dd/rrrr)

2. **ŹRÓDŁO DOCHODU NR 1** (PROSIMY WYBRAĆ TYLKO JEDNO ŹRÓDŁO DOCHODU)

☐ a. ADOPCJA/RODZINA ZASTĘPCZA

☐ b. ALIMENTY NA DZIECKO

☐ c. SKŁADKI

☐ d. ZATRUDNIENIE (PŁACA)

☐ e. ŻOŁD/ŚWIADCZENIA DLA WETERANÓW SŁUŻBY WOJSKOWEJ (VA)

☐ f. EMERYTURA/RENTA ROCZNA

☐ g. ZASIŁEK SOCJALNY

☐ H. SAMOZATRUDNIENIE

☐ i. ŚWIACZENIA EMERYTALNE Z OPIEKI SPOŁECZNEJ

☐ j. ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH

☐ k. FUNDUSZ ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH

l. UZUPEŁNIAJĄCE ZASIŁKI Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (SSI)

☐ m. RENTA POŚMIERTNA Z OPIEKI SPOŁECZNEJ

☐ n. RENTA INWALIDZKA

3. DATA ROZPOCZĘCIA ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ *(mm/dd/rrr)*

4. CAŁKOWITY DOCHÓD $ ☐☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

5. ZA (OKREŚLIĆ PRZEDZIAŁ CZASOWY)

☐ a. TYGODNIOWO ☐ b. CO DWA TYGODNIE ☐ c. MIESIĘCZNIE ☐ d. CO PÓŁ MIESIĄCA ☐ e. ROCZNIE

6. NAZWA ŹRÓDŁA DOCHODU NR 1

7. NUMER TELEFONU

8. ADRES

9. MIASTO

10. STAN

11. KOD POCZTOWY

1. DOCHÓD NR 2: RODZAJ ZMIANY

☐ a. NOWE ŹRÓDŁO DOCHODU LUB PODWYŻKA DOCHODU

☐ b. ZMNIEJSZENIE WYSOKOŚCI DOCHODU

☐ c. UTRATA DOCHODU DATA UTRATY ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (mm/dd/rrrr)

2. **ŹRÓDŁO DOCHODU NR 2** (PROSIMY WYBRAĆ TYLKO JEDNO ŹRÓDŁO DOCHODU)

☐ a. ADOPCJA/RODZINA ZASTĘPCZA

☐ b. ALIMENTY NA DZIECKO

☐ c. SKŁADKI

☐ d. ZATRUDNIENIE (PŁACA)

☐ e. ŻOŁD/ŚWIADCZENIA DLA WETERANÓW SŁUŻBY WOJSKOWEJ (VA)

☐ f. EMERYTURA/RENTA ROCZNA

☐ g. ZASIŁEK SOCJALNY

☐ H. SAMOZATRUDNIENIE

☐ i. ŚWIACZENIA EMERYTALNE Z OPIEKI SPOŁECZNEJ

☐ j. ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH

☐ k. FUNDUSZ ODSZKODOWAŃ PRACOWNICZYCH

l. UZUPEŁNIAJĄCE ZASIŁKI Z UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH (SSI)

☐ m. RENTA POŚMIERTNA Z OPIEKI SPOŁECZNEJ

☐ n. RENTA INWALIDZKA

3. DATA ROZPOCZĘCIA ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ *(mm/dd/rrr)*

4. CAŁKOWITY DOCHÓD $ ☐☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

5. ZA (OKREŚLIĆ PRZEDZIAŁ CZASOWY)

☐ a. TYGODNIOWO ☐ b. CO DWA TYGODNIE ☐ c. MIESIĘCZNIE ☐ d. CO PÓŁ MIESIĄCA ☐ e. ROCZNIE

Sample Only

6. NAZWA ŹRÓDŁA DOCHODU NR 2

7. NUMER TELEFONU

8. ADRES

9. MIASTO

10. STAN

11. KOD POCZTOWY

D. ZMIANY MAJĄTKU TRWAŁEGO

1. **CZY MAJĄTEK NETTO RODZINY PRZEKRACZA KWOTĘ $5000?** ☐ a. TAK ☐ b. NIE

2. **Kalkulacja dochodu z majątku trwałego**

Jeżeli wartość majątku trwałego rodziny przekracza kwotę $5000, roczny dochód z tego tytułu zostanie określony w oparciu o (1) faktyczny dochód z majątku trwałego lub (2) szacunkowy dochód z majątku trwałego, w zależności od tego, która kwota jest większa.

Sample Only

3. SKŁADNIK MAJĄTKOWY NR 1 RODZAJ ZMIANY

☐ a. NOWY SKŁADNIK MAJĄTKOWY LUB WZROST WARTOŚCI ISTNIEJĄCEGO

☐ b. SPADEK WARTOŚCI SKŁADNIKA MAJĄTKOWEGO

4. **SKŁADNIK MAJĄTKOWY NR 1** (PROSIMY WYBRAĆ TYLKO JEDEN)

☐ a. RACHUNEK BIEŻĄCY

☐ b. RACHUNEK OSZCZĘDNOŚCIOWY

☐ c. FUNDUSZ PIENIĘŻNY/FUNDUSZ INWESTYCYJNY

☐ d. INNE (PROSIMY OKREŚLIĆ)

☐ e. POLISA UBEZPIECZNIOWA NA ŻYCIE (TERMINOWE)

☐ e. POLISA UBEZPIECZNIOWA NA ŻYCIE (DOŻYWOTNIA)

☐ g. NIERUCHOMOŚĆ, DOM, MIESZKANIE SPÓŁDZIELCZE LUB MIESZKANIE NIERUCHOMOŚĆ INWESTYCYJNA

☐ h. AKCJE

☐ i. FUNDUSZ POWIERNICZY

☐ j. 401K/ IRA/ ROTH IRA (KONTO EMERYTALNE)

☐ k. OBLIGACJE

5. AKTUALNA WARTOŚĆ

$ ___ , ___ . ___

6. OPROCENTOWANIE (JEŻELI DOTYCZY)

7. UZYSKANE ODSETKI ZE SKŁADNIKA MAJĄTKOWEGO

8. NAZWA INSTYTUCJI FINANSOWEJ

9. Jeżeli zaznaczono powyżej nieruchomość, dom, mieszkanie spółdzielcze lub mieszkanie, prosimy odpowiedzieć na pytania 10 i 11 poniżej oraz dla każdej nieruchomości dołączyć podpisane oświadczenie zawierające następujące informacje: rodzaj nieruchomości, udział procentowy we własności wspólnej, data zakupu, cena zakupu, pozostała kwota kredytu hipotecznego, nazwa pożyczkodawcy, aktualna wartość i uzyskany dochód za ubiegły rok, jeżeli dotyczy

10. UDZIAŁ PROCENTOWY (%) WE WŁASNOŚCI

11. DOCHÓD Z NIERUCHOMOŚCI ZA OSTANIE 12 MIESIĘCY

$ ___ , ___ . ___

---

3. SKŁADNIK MAJĄTKOWY NR 2 RODZAJ ZMIANY

☐ a. NOWY SKŁADNIK MAJĄTKOWY LUB WZROST WARTOŚCI ISTNIEJĄCEGO

☐ b. SPADEK WARTOŚCI SKŁADNIKA MAJĄTKOWEGO

4. **SKŁADNIK MAJĄTKOWY NR 2** (PROSIMY WYBRAĆ TYLKO JEDEN)

☐ a. RACHUNEK BIEŻĄCY

☐ b. RACHUNEK OSZCZĘDNOŚCIOWY

☐ c. FUNDUSZ PIENIĘŻNY/FUNDUSZ INWESTYCYJNY

☐ d. INNE (PROSIMY OKREŚLIĆ)

☐ e. POLISA UBEZPIECZNIOWA NA ŻYCIE (TERMINOWA)

☐ e. POLISA UBEZPIECZNIOWA NA ŻYCIE (DOŻYWOTNIA)

☐ g. NIERUCHOMOŚCI, DOM, MIESZKANIE SPÓŁDZIELCZE LUB MIESZKANIE NIERUCHOMOŚĆ INWESTYCYJNA

☐ h. AKCJE

☐ i. FUNDUSZ POWIERNICZY

☐ j. 401K/ IRA/ ROTH IRA (KONTO EMERYTALNE)

☐ k. OBLIGACJE

5. AKTUALNA WARTOŚĆ

$ ___ , ___ . ___

6. OPROCENTOWANIE (JEŻELI DOTYCZY)

7. UZYSKANE ODSETKI ZE SKŁADNIKA MAJĄTKOWEGO

8. NAZWA INSTYTUCJI FINANSOWEJ

9. Jeżeli zaznaczono powyżej nieruchomość, dom, mieszkanie spółdzielcze lub mieszkanie, prosimy odpowiedzieć na pytania 10 i 11 poniżej oraz dla każdej nieruchomości dołączyć podpisane oświadczenie zawierające następujące informacje: rodzaj nieruchomości, udział procentowy we własności wspólnej, data zakupu, cena zakupu, pozostała kwota kredytu hipotecznego, nazwa pożyczkodawcy, aktualna wartość i uzyskany dochód za ubiegły rok, jeżeli dotyczy.

Sample Only

10. UDZIAŁ PROCENTOWY (%) WE WŁASNOŚCI

11. DOCHÓD Z NIERUCHOMOŚCI ZA OSTANIE 12 MIESIĘCY

$, .

A. CZY SPRZEDANO LUB PRZEKAZANO JAKIEKOLWIEK SKŁADNIKI MAJĄTKOWE W OKRESIE MINIONYCH 2 LAT O WARTOŚCI PONAD $1.000?

1. TAK*

2. NO

4. RODZAJ SKŁADNIKA MAJĄTKOWEGO

5. DATA PRZEKAZANIA LUB SPRZEDAŻY

(mm/dd/rrr)

6. CENA SPRZEDAŻY SPRZEDAŻY

$, .

7. WARTOŚĆ RYNKOWA W CHWILI ZBYCIA LUB

$, .

Sample Only
Sample Only
Sample Only
Sample Only

E. DLA DZIECKA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM PONIŻEJ 13 LAT

1. DZIECKO NR 1 RODZAJ ZMIANY

DLA DZIECKA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM PONIŻEJ 13 LAT

☐ a. WZROST WYDATKÓW ☐ b. ZMNIEJSZENIE WYDATKÓW

☐ c. KONIEC WYDATKÓW DATA ZAKOŃCZENIA (mm/dd/rrrr)

2. **DZIECKO NR 1 -** NAZWISKO

3. IMIĘ

4. M.I.

5. CAŁKOWITA KWOTA WYDATKÓW NA DZIECKO

$, .

a. b. Co dwa c. d. Co pół-Miesięc e. Rocznie

6. JEŻELI CZEŚĆ WYDATKÓW NA DZIECKO ZOSTAŁA ZWRÓCONA, PROSIMY WPISAĆ TUTAJ CAŁKOWITĄ KWOTĘ REFUNDACJI.

$, .

a. b. Co dwa c. d. Co pół-Miesięc e. Rocznie

7. NAZWA PLACÓWKI LUB USŁUGODAWCY ZAPEWNIAJĄCEGO OPIEKĘ NAD DZIECKIEM

8. NAZWA PLACÓWKI/USŁUGODAWCY

9. ADRES PLACÓWKI/USŁUGODAWCY

a. MIASTO

b. STAN

c. KOD POCZTOWY

---

1. DZIECKO NR 2: RODZAJ ZMIANY

DLA DZIECKA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM PONIŻEJ 13 LAT

☐ a. WZROST WARTOŚCI WYDATKÓW ☐ b. ZMNIEJSZENIE WYDATKÓW

☐ c. KONIEC WYDATKÓW DATA ZAKOŃCZENIA (mm/dd/rrrr)

2. **DZIECKO NR 1 -** NAZWISKO

3. IMIĘ

4. M.I.

5. CAŁKOWITA KWOTA WYDATKÓW NA DZIECKO

$, .

a. b. Co dwa c. d. Co pół-Miesięc e. Rocznie

6. JEŻELI CZEŚĆ WYDATKÓW NA DZIECKO ZOSTAŁA ZWRÓCONA, PROSIMY WPISAĆ TUTAJ CAŁKOWITĄ KWOTĘ REFUNDACJI.

$, .

a. b. Co dwa c. d. Co pół-Miesięc e. Rocznie

7. NAZWA PLACÓWKI LUB USŁUGODAWCY ZAPEWNIAJĄCEGO OPIEKĘ NAD DZIECKIEM

8. NAZWA PLACÓWKI/USŁUGODAWCY

Sample Only

9. ADRES NAZWA PLACÓWKI/USŁUGODAWCY

a. MIASTO

b. STAN

c. KOD POCZTOWY

Sample Only

ZMNIEJSZENIE WYDATKÓW NA CELE ZDROWOTNE/ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO

PROSIMY PODAĆ PONIŻEJ RODZAJ ZMIANYW NIEREFUNDOWANYCH WYDATKACH NA CELE ZDROWOTNE, W TYM SKŁADKI UBEZPIECZENIONWE, DLA KAŻDEGO CZŁONKA RODZINY. WYSZYSTIE WYDATKI PODANE SĄ NA FORMULARZU HOH.

1. WYDATKI NA CELE ZDROWOTNE/ Z YTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WYDATEK NR 1 RODZAJ ZMIANY:

☐ a. NOWY WYDATEK LUB WZROST WYDATKÓW NA CELE ZDROWOTNE/ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

☐ b. ZMNIEJSZENIE WYDATKÓW NA CELE ZDROWOTNE/ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

☐ c. KONIEC WYDATKÓW DATA ZAKOŃCZENIA (mm/dd/rrrr)

2. **DZIECKO NR 1** NAZWISKO

3. IMIĘ

4. INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA

5. RODZAJ WYDATKU NA CELE ZDROWOTNE

6. KWOTA WYDATKÓW WŁASNYCH

WYDATKI NA CELE ZDROWOTNE

$ ___ , ___ . ___

a. Tygodniowo ☐ b. Co dwa tygodnie ☐ c. Miesięcznie ☐ d. Co pół Miesięcznie ☐ e. Rocznie ☐

---

1. WYDATKI NA CELE ZDROWOTNE/ Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WYDATEK NR 2 RODZAJ ZMIANY:

☐ a. NOWY WYDATEK LUB WZROST WYDATKÓW NA CELE ZDROWOTNE/ NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

☐ b. ZMNIEJSZENIE WYDATKÓW NA CELE ZDROWOTNE/ NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

☐ c. KONIEC WYDATKÓW DATA ZAKOŃCZENIA (mm/dd/rrrr)

2. **WYDATEK NR 2** NAZWSIKO

3. IMIĘ

4. INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA

5. RODZAJ WYDATKU NA CELE ZDROWOTNE

6. KWOTA WYDATKÓW WŁASNYCH

WYDATKI NA CELE ZDROWOTNE

$ ___ , ___ . ___

a. Tygodniowo ☐ b. Co dwa tygodnie ☐ c. Miesięcznie ☐ d. Co pół Miesięcznie ☐ e. Roczne ☐

G. OŚWIADCZENIE LOKATORA DO PODPISANIA PRZEZ GŁOWĘ RODZINY

1. Potwierdzam, iż informacje podane Nowojorskiemu Urzędowi ds. Mieszkalnictwa w niniejszym dokumencie oraz wszelkich innych dokumentach towarzyszących są zgodne z prawdą i kompletne stosownie do posiadanej przeze mnie wiedzy.
Rozumiem, iż za składanie fałszywych oświadczeń lub podawanie fałszywych informacji grozi kara na mocy przepisów prawa federalnego i lokalnego. Rozumiem również, że składanie fałszywych oświadczeń lub podawanie fałszywych informacji stanowi podstawę do odebrania pomocy mieszkaniowej.
Ponadto potwierdzam, iż powyższe oświadczenie przeczytałem(-am) lub zostało mi ono przeczytane.

a. Imię i nazwisko głowy rodziny drukiem (Najemca)

Sample Only

b. Podpis głowy rodziny (Najemcy)

c. Podpis Data (mmddrrrr)

d. Podpis głowy rodziny (Współnajemca)

e. Podpis głowy rodziny (Współnajemcy)

f. Podpis Data (mmddrrrr)

Sample Only
Sample Only
Sample Only
Sample Only