

6. НАЗВАНИЕ ИСТОЧНИКА
ДОХОДА #2

7. НОМЕР ТЕЛЕФОНА

8. АДРЕС

9. ГОРОД

10. ШТАТ

11. ПОЧТОВЫЙ
ИНДЕКС

D. ИЗМЕНЕНИЯ В АКТИВАХ

1. ПРЕВЫШАЮТ ЛИ СЕЙЧАС ЧИСТЫЕ АКТИВЫ СЕМЬИ \$5,000?

а. ДА

б. НЕТ

2. Расчет доходов от активов

Если общая денежная стоимость активов семьи превышает \$5,000, годовой доход, получаемый от этих активов, будет определяться на основе большего из двух: (1) фактического дохода от активов, или (2) вмененного дохода от активов.



\$, .

А. ПРОДАЛИ ЛИ ВЫ ИЛИ ПОДАРИЛИ В
ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 2 ЛЕТ АКТИВЫ НА
СУММУ БОЛЕЕ \$1,000?

 1. ДА* 2. НЕТ

*3. ЕСЛИ ДА, ЗАПОЛНИТЕ ИНФОРМАЦИЮ НИЖЕ. ЕСЛИ НЕТ,
ПРОПУСТИТЕ ЭТОТ РАЗДЕЛ.

4. ТИП АКТИВА

5. ДАТА ДАРЕНИЯ ИЛИ ПРОДАЖИ

(мм/дд/гггг)

6. ЦЕНА ПРОДАЖИ
ОТЧУЖДЕНИЯ ИЛИ ПРОДАЖИ

\$, .

7. РЫНОЧНАЯ СТОИМОСТЬ НА МОМЕНТ

\$, . 

Г. ИЗМЕНЕНИЯ В РАСХОДАХ НА МЕДИЦИНУ /ИНВАЛИДНОСТЬ

УКАЖИТЕ В ОТВЕДЕННОМ НИЖЕ МЕСТЕ ТИП ИЗМЕНЕНИЯ В НЕВОЗМЕЩЕННЫХ РАСХОДАХ НА МЕДИЦИНУ, ВКЛЮЧАЯ ЛЮБЫЕ ВЗНОСЫ ЗА МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ПО КАЖДОМУ ЧЛЕНУ СЕМЬИ. ВСЕ ЗАТРАТЫ УКАЗАНЫ НА ФОРМЕ НОН.

1. РАСХОД НА МЕДИЦИНУ/ ИНВАЛИДНОСТЬ #1 ТИП ИЗМЕНЕНИЯ:

а. НОВЫЙ ИЛИ УВЕЛИЧЕНИЕ РАСХОДА НА МЕДИЦИНУ/ ИНВАЛИДНОСТЬ УМЕНЬШЕНИЕ РАСХОДА НА МЕДИЦИНУ/ ИНВАЛИДНОСТЬ

б.
 с. ПРЕКРАЩЕНИЕ РАСХОДА: ДАТА ОКОНЧАНИЯ
(мм/дд/гггг)

2. РАСХОД #1 фамилия

3. ИМЯ

4. Инициал среднего имени

5. ТИП РАСХОДА НА МЕДИЦИНУ

6. ОПЛАЧЕННАЯ ИЗ СОБСТВЕННОГО КАРМАНА СУММА РАСХОДЫ НА МЕДИЦИНУ

\$, . а. Ежедневно б. Раз в 2 недели в. Ежемесячно г. Раз в 2 полмесяца д. Ежегодно

1. РАСХОД НА МЕДИЦИНУ/ ИНВАЛИДНОСТЬ #2 ТИП ИЗМЕНЕНИЯ:

а. НОВЫЙ ИЛИ УВЕЛИЧЕНИЕ РАСХОДА НА МЕДИЦИНУ/ ИНВАЛИДНОСТЬ УМЕНЬШЕНИЕ РАСХОДА НА МЕДИЦИНУ/ ИНВАЛИДНОСТЬ

б.
 с. ПРЕКРАЩЕНИЕ РАСХОДА: ДАТА ОКОНЧАНИЯ
(мм/дд/гггг)

2. РАСХОД #2 фамилия

3. ИМЯ

4. Инициал среднего имени

5. ТИП РАСХОДА НА МЕДИЦИНУ

6. ОПЛАЧЕННАЯ ИЗ СОБСТВЕННОГО КАРМАНА СУММА РАСХОДЫ НА МЕДИЦИНУ

\$, . а. Ежедневно б. Раз в 2 недели в. Ежемесячно г. Раз в 2 полмесяца д. Ежегодно

Г. СЕРТИФИКАЦИЯ ЖИЛЬЦА - ДОЛЖНА БЫТЬ ПОДПИСАНА ГЛАВОЙ СЕМЬИ

1. Я подтверждаю, что предоставленная Жилищному управлению г. Нью-Йорка информация в данном документе и в любых других документах, поданных в ее подтверждение, является точной и полной в меру моих знаний и убеждений.

Я понимаю и признаю, что предоставление ложных сведений или информации наказывается в соответствии с федеральными и местными законами. Я также понимаю, что ложные заявления или информация являются основанием для прекращения помощи на оплату жилья.

Кроме того, я прочитал (или кто-то прочитал мне) вышеуказанное заявление.

а. Имя и фамилия главы семьи (Арендатора)

печатными буквами

(Арендатор)

подпись

б. Глава семьи



