

برنامج شركات HOME الاستثمارية OPR 2020-0574 TBRA-CV  
الإقرار الذاتي للدخل السنوي لتنفيذ الإعفاء التنظيمي لكوفيد-19

أكمل المعلومات المطلوبة لجميع أفراد الأسرة.

### الجزء الأول: الأهلية

تقتصر المساعدة الإيجارية الطارئة الممولة من HOME على العائلات المؤهلة من حيث الدخل والتي لا يتجاوز دخلها السنوي 60% من متوسط دخل المنطقة و من فقدوا وظائفهم أو دخلهم سواءً بشكل نهائي أو مؤقت بسبب جائحة كوفيد-19.

شخص واحد	شخصان	3 أشخاص	4 أشخاص	5 أشخاص	6 أشخاص	7 أشخاص	8 أشخاص
32,520	37,200	41,820	46,440	50,160	53,880	57,600	61,320

يُرجى وضع علامة المربع التالي إذا كنت تقر بأن هذه الأسرة فقدت وظائفها أو دخلها إما بشكل دائم أو مؤقت بسبب جائحة كوفيد-19.

مواجهة صعوبات مالية

صِف بإيجاز كيف تغير الوضع المالي لأسرتك نتيجة لجائحة كوفيد-19 (على سبيل المثال، فقدان العمل أو انخفاض الدخل إما بشكل مؤقت أو دائم).

### الجزء الثاني: معلومات الأسرة

أدخل العنوان الذي تعيش فيه حالياً ومعلومات الاتصال الخاصة بك.

العنوان القانوني	
	الشارع، الشقة/رقم الوحدة
	الولاية، المدينة، الرمز البريدي
	رقم الهاتف
	عنوان البريد الإلكتروني

برنامج شركات HOME الاستثمارية OPR 2020-0574 TBRA-CV  
الإقرار الذاتي للدخل السنوي لتنفيذ الإعفاء التنظيمي لكوفيد-19

أدخل كل معلومات الأسرة أدناه وحدد ما إذا كان أي فرد من أفرادها طالبًا بدوام جزئي/بدوام كامل أو سيكون طالبًا بدوام جزئي/بدوام كامل خلال الأشهر الـ 12 المقبلة. يُرجى عدم إدراج المساعدين الذين يعيشون في المنزل وأطفال هؤلاء المساعدين والأطفال أو البالغين بالتبني.

رقم فرد الأسرة	الاسم (الاسم الأخير، الأول، أول حرف من الاسم الأوسط)	صلته برب الأسرة (شريك، زوج أو زوجة، طفل، إلخ)	تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة)	*طالب (دوام جزئي/كلي، لا شيء منهما)
1		رب الأسرة		
2				
3				
4				
5				
6				

\*ملحوظة لمقدم الطلب: لا يتأهل الطلاب للحصول على المساعدة من HOME ما لم يستوف الفرد أحد الإعفاءات أدناه. ضع علامة على كل ما ينطبق:

- عمره فوق 24  من قدامى محاربي الجيش الأمريكي  متزوج  لديه طفل/أطفال يعولهم  الفرد جزء من أسرة دخلها أقل من 60% من متوسط دخل المنطقة  معاق يحصل على إعانة بموجب القسم 8

## الجزء الثالث: الدخل السنوي

يشمل الدخل السنوي كل أشكال الدخل المتكرر المتوقع (القسم أ) والدخل من الأصول (القسم ب). اذكر كل الدخل المتوقع أن تتلقاه خلال الـ 12 شهرًا القادمة.

**القسم أ - الدخل المتكرر:** لكل فرد من أفراد الأسرة (رقم فرد الأسرة) أدناه، الدخل المتكرر السنوي المتوقع للـ 12 شهرًا المقبلة. قم بإدراج تعويض البطالة طويل الأجل وجميع بدلات المخاطر. لا تُدرج ما يلي: مدفوعات الأثر الاقتصادي لدائرة الإيرادات الداخلية (شيكات التحفيز)، والتعويض الفيدرالي الوبائي عن البطالة (600 دولار إضافي في الأسبوع)، ودخل المساعد المقيم في نفس المنزل، وأطفال المساعدين، والأطفال بالتبني، والكبار بالتبني، أو دخل القُصر. يمكنك خصم المبالغ التالية من الدخل السنوي: 480 دولارًا أمريكيًا لكل مُعال، و 400 دولار أمريكي لعائلة المعاق أو كبير السن، والنفقات الطبية غير المسددة (إذا كانت تتجاوز 3٪ من الدخل السنوي)، ونفقات رعاية الطفل المعقولة اللازمة لتمكين أحد أفراد الأسرة من العمل أو استكمال تعليمه (بموجب CFR 5.611 24). اترك الحقول التي لا تنطبق فارغة. احسب الإجمالي في آخر صفين من هذا الجدول.

رقم فرد الأسرة	رقم فرد الأسرة	رقم فرد الأسرة	رقم فرد الأسرة	رقم فرد الأسرة	رقم فرد الأسرة	مصادر الدخل
6	5	4	3	2	1	
\$	\$	\$	\$	\$	\$	تعويض البطالة
\$	\$	\$	\$	\$	\$	الأجور، الراتب، الوقت الإضافي، بدل المخاطر، العمولات، الرسوم، الإكراميات، المكافآت (قبل استقطاعات الرواتب)
\$	\$	\$	\$	\$	\$	صافي الدخل من الأعمال التجارية والعمل الحر (بما في ذلك وظائف المقاول المستقل / الوظائف المرنة المؤقتة مثل Grubhub و Instacart و Lyft و Uber و eBay و Amazon و Etsy وما إلى ذلك)
\$	\$	\$	\$	\$	\$	الفوائد وأرباح الأسهم والإيجارات وصافي الدخل من أي نوع من الممتلكات العقارية أو الشخصية
\$	\$	\$	\$	\$	\$	الضمان الاجتماعي، بما في ذلك الإعاقة/التكميلي
\$	\$	\$	\$	\$	\$	التقاعد / المعاش / بوليصة التأمين / المعاش السنوي
\$	\$	\$	\$	\$	\$	استحقاقات الإعاقة أو الوفاة
\$	\$	\$	\$	\$	\$	أجر العمال ومكافأة نهاية الخدمة
\$	\$	\$	\$	\$	\$	مدفوعات مساعدات الرفاه (TANF)
\$	\$	\$	\$	\$	\$	الراتب العادي والأجر الخاص وبدل السكن للقوات المسلحة (باستثناء بدل المخاطر العسكرية)
\$	\$	\$	\$	\$	\$	استحقاقات إدارة المحاربين القدامى (VA) (باستثناء استحقاقات الإعاقة المؤجلة)
\$	\$	\$	\$	\$	\$	مدفوعات مساعدة التبني (باستثناء المبلغ الذي يزيد عن 480 دولارًا)
\$	\$	\$	\$	\$	\$	النفقة أو إعالة الطفل
\$	\$	\$	\$	\$	\$	الهياكل النقدية المتكررة من المؤسسات غير الربحية أو الخيرية أو الأسرة أو الأصدقاء الذين لا يقيمون في الوحدة
\$	\$	\$	\$	\$	\$	غير ذلك (يرجى التحديد):
\$	\$	\$	\$	\$	\$	الإجمالي لكل فرد من أفراد الأسرة
\$						القسم أ: إجمالي دخل الأسرة

**برنامج شركات HOME الاستثمارية TBRA-CV OPR 2020-0574**  
**الإقرار الذاتي للدخل السنوي لتنفيذ الإعفاء التنظيمي لكوفيد-19**

**القسم ب - الدخل من الأصول:** بالنسبة للأسرة، اذكر الدخل السنوي المستمد من الأصول التي تعود للأسرة. يتم احتساب الفوائد أو الأرباح المكتسبة كدخل حتى عند إعادة استثمار الأرباح. باستخدام الفئات أدناه، قم بإدراج نوع الأصل (الأصول) والقيمة النقدية للأصل (الأصول) والدخل السنوي المستمد من الأصول. إذا لم يكن الأصل يولد دخلاً، فأدخل صفرًا. إذا لم يكن لدى فرد الأسرة أصول، اتركه فارغًا. احسب الإجمالي في آخر صفين من هذا الجدول.

رقم فرد الأسرة	فئات الأصول:	القيمة النقدية للأصل	الفوائد/الأرباح المحققة على الأصول
1	حساب جار، حساب توفير، صناديق مشتركة، حساب في سوق المال حقوق الملكية في الممتلكات المؤجرة، والتقاعد والمعاشات التقاعدية، 401(K)، الأسهم، السندات، أذون الخزانة، شهادة الإيداع، المعاشات السنوية، الوديعة القابلة للإلغاء، الرهون العقارية أو سند الوديعة، بوليصة التأمين على الحياة بالكامل، مبلغ مقطوع - ميراث، أرباح الياقوت، التسويات التأمينية، الممتلكات الشخصية المحتفظ بها كاستثمار (على سبيل المثال، التحف والأحجار الكريمة وما إلى ذلك)	\$	\$
2		\$	\$
3		\$	\$
4		\$	\$
5		\$	\$
6		\$	\$
رقم فرد الأسرة	الأصول المتخلص منها:	القيمة النقدية للأصل المتخلص منه	الدخل من الأصل المتخلص منه
	الأصول الممنوحة بأقل من القيمة السوقية العادلة في آخر 24 شهرًا بقيمة تزيد عن 1000 دولار (مثل بيع منزل)	\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		<b>المربع (ب1)</b> إجمالي قيمة الأصول	<b>المربع (ب2)</b> إجمالي الدخل من الأصول
		\$	\$

**\*\*\* يكمله مدير البرنامج \*\*\***

المربع (ب3) قيمة الأصل المنسوب	إذا كان إجمالي قيمة الأصول للمربع (ب) أكبر من 5000 دولار، احسب القيمة المنسوبة للأصول عن طريق ضرب المربع (ب1) في معدل ادخار Passbook المعادل (06%).
\$	
\$	القسم ب: إجمالي الدخل من الأصول (أكبر من المربع (ب2) أو (ب3))
\$	<b>إجمالي الدخل السنوي للأسرة (أضف القسم أ الدخل المتكرر + القسم ب دخل الأصول)</b>

### الجزء الرابع: إقرار مقدم الطلب

أشهد تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين أن المعلومات الواردة أعلاه كاملة ودقيقة على حد علمي. أفهم أن المادة 18 من القسم 1001 من قانون الولايات المتحدة ينص على أن الشخص يكون مذنبًا بارتكاب جناية ويمكن إنهاء المساعدة التي يحصل عليها بسبب إدلائه ببيان كاذب أو احتيالي عن قصد وعن عمد إلى إحدى إدارات حكومة الولايات المتحدة. أوافق على تقديم أي وثائق إضافية تطلبها إدارة البرنامج لتوثيق دخلي/دخل أسرتنا.

رب الأسرة		
التاريخ	الاسم بأحرف واضحة	التوقيع

المساعدة الإيجارية الطارئة الممولة من HOME - المساعدة الإيجارية القائمة على المستأجر  
استبيان العميل

معلومات العميل يُرجى تعبئة الحقول الفارغة.

الاسم: \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

سبوكان، واشنطن

الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

المعلومات الديموغرافية. انقر فوق الخيار لتحديد إجابتك.

العرض/الأصل العرقي

- أبيض
- أسباني
- أسود/أفريقي أمريكي
- آسيوي
- من الهنود الحمر/من سكان ألاسكا الأصليين
- من سكان هاواي الأصليين/من جزر المحيط الهادئ الأخرى
- من الهنود الحمر/من سكان ألاسكا الأصليين وأبيض
- آسيوي وأبيض
- أسود/أفريقي أمريكي وأبيض
- من الهنود الحمر/من سكان ألاسكا الأصليين وأسود/أمريكي أفريقي
- أصل عرقي آخر متعدد