



재인증 체크리스트

우편 재인증을 완료하기 전에 주의 깊게 검토해 주시기 바랍니다!

(Client name) 님,

다음은 귀하께서 우편 재인증과 함께 제공해야 하는 문서에 대한 간략한 항목별 설명입니다. 모든 문서가 없으면 귀하의 재인증을 완료할 수 없습니다. 가구 내 18세 이상의 모든 성인은 패키지에 있는 여러 문서에 서명해야 합니다. 모든 성인이 서명이 필요한 곳에 서명했는지 확인하시기 바랍니다. 이를 준수하지 않을 경우, 주택선택바우처 프로그램에서 종료될 수 있습니다. 가구 구성원을 기준으로 요청된 모든 문서를 제공해 주십시오. 제공된 문서 중 두 개 이상이 가족에게 필요한 경우, 양식을 작성하기 전에 필요한 수만큼 사본을 만드시기 바랍니다. 모든 문서를 복사 (쉽게 읽을 수 있고 흐릿하거나 검게 지우지 않음)해 주십시오. 원본 문서를 제출하지 마십시오. 문서를 우편으로 송부하고 싶지 않은 경우, DCHA 정문 로비에 서류 투입함이 있습니다. 우편이나 방문 접수 전에 모든 서류를 작성해 주십시오. DCHA 로비에서 서류를 작성하지 마십시오.

1. **모든** 가구 구성원의 출생증명서 사본(과거 제공하지 않은 경우)
2. **모든** 가구 구성원의 사회보장카드 사본(과거 제공하지 않은 경우)
3. 18세 이상 **모든** 가구 구성원의 만료되지 않은 정부 발급의 사진 신분증 사본(과거 제공하지 않은 경우)
4. 18세 이상 **모든** 취업 가구 구성원의 급여명세서 사본
 - a. 격주 급여에 대한 (3)회 연속 현재 급여명세서
 - b. 주급에 대한 (6)회 연속 현재 급여명세서
 - c. 월 2회 급여에 대한 (2)회 연속 현재 급여명세서
5. **모든** 가구 구성원의 불로소득 사본(SS, SSI, 연금, 실업수당, 자녀 양육비, 위탁보호, 군 수당, 기부금, 기타 소득 유형 등)
6. **모든** 풀타임 대학생의 학교 인증서(*미제공 시, 풀타임 학생 자격이 적용되지 않음)
7. 현 공과금 청구서의 모든 사본 제공(전기, 가스 및 수도 요금 청구서만 해당)
8. Moving to Work(MTW) 지위에 따라 DCHA에 부여된 권한에 의거해, DCHA는 모든 자산의 총 가치가 \$15,000 이상인 경우에만 가족이 자산을 신고하도록 요구합니다. DCHA는 모든 자산의 총 가치가 \$15,000 이상인 경우를 제외하고, 자산에서 발생한 소득을 소득 산정에 포함하지 않습니다.

이 모든 정보는 재인증 패키지에 명시된 기한까지 우편으로 다시 송부해야 합니다. 패키지와 모든 문서는 다음 주소로 우편 발송해야 합니다.

Housing Choice Voucher Program
300 7th Street, SW 10th Floor
Washington, DC 20024

문의 사항이나 궁금한 사항은 언제든지 (202)535-1000 으로 연락해 주시기 바랍니다.

감사합니다.
주택프로그램과



District of Columbia Housing Authority

300 7th Street, SW110th Floor
 Washington, DC 20024
 [202] 535-1000 | dchousing.org

지속적 거주를 위한 구성원의 우편 신청

DCHA 담당자 이니셜 _____

1차 요청일: _____
2차 요청일: _____

일반 가족 정보 (가구주/다른 성인 구성원)

가구주(법적 성명)		
다른 성인 구성원(가구주가 작성할 수 없는 경우)	가구주와의 관계	
주소(현재)	시, 주	우편번호
우편주소(현 주소와 다른 경우)	시, 주	우편번호
집 전화번호	직장 전화번호	
제시된 법적 신분증 유형		
가구주가 부재하는 경우, 사유?		

가구 구성

가구주와 함께 사는 모든 구성원의 법적 성명을 기재하십시오. 가구주부터 시작하여 배우자, 미성년자(나이 순), 그 다음 다른 성인 순으로 기재합니다.

가구 구성원	법적 성명	가구주와의 관계	성별 (남성 또는 여성)	생년월일	나이	사회보장 번호	출생지 (도시, 주)
1		가구주					
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

소득 정보

가구 구성원 성명	소득(설명)	금액
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

자산

Moving to Work(MTW) 지위에 따라 DCHA 에 부여된 권한에 의거해, DCHA 는 모든 자산의 총 가치가 \$15,000 이상인 경우에만 가족이 자산을 신고하도록 요구합니다. DCHA 는 모든 자산의 총 가치가 \$15,000 이상인 경우를 제외하고, 자산에서 발생한 소득을 소득 산정에 포함하지 않습니다.

예 아니요

장애 가족

가구주, 배우자, 유일한 구성원 또는 다른 구성원이 장애인입니까?

예 아니요

예인 경우, 성명 제공.

프로그램 무결성 정보

귀하 또는 가구 구성원 중에 규제 물질의 판매, 제조 또는 유통으로 체포되거나 유죄 판결을 받았습니까? 예 아니요

그런 경우, 언제입니까? 사유? _____

가족 중에 주 또는 준주에서 종신 성범죄자로 등록된 사람이 있습니까? 예 아니요

예인 경우, 어느 주입니까? _____ 등록일 _____

추가 비용

재인증을 완료하는 데 고려해야 할 추가 비용이 있는 경우 표시해 주십시오(예: 자동차 지불금 또는 보험).

비용(설명)	금액
	\$
	\$
	\$

의료 및 비통상적 비용(62 세 이상만 해당)

가구 구성원 중에 다음 12 개월 동안 가구 외 지급원에서 환급되지 않을 의료비가 예상됩니까? 처방/비처방 약물 및 기타 의료비를 포함하십시오.

가구 구성원 성명	비용 유형	월별 비용	다음 12 개월 동안 예상 총 비용
		\$	\$
		\$	\$

선언 및 인증

본인은 이 양식에서 요청된 정보에 대한 거짓 진술이나 미공개 시, 지속적 참여에 대한 심사에서 배제될 수 있으며, 퇴거/지원 종료의 사유가 될 수 있음을 이해합니다. 본인은 또한 가구 구성원의 모든 소득 변동과 가구 구성의 어떠한 변경 사항이든 즉시 컬럼비아 특별구 주택관리국에 서면으로 보고해야 함을 이해합니다.

가구주 서명

날짜

배우자 또는 다른 성인 서명

날짜

다른 성인 서명

날짜

다른 성인 서명

날짜

다른 성인 서명

날짜

다른 성인 서명

날짜

다른 성인 서명

날짜

다른 성인 서명

날짜

DCHA 담당자 인증: 본인은 모든 답변과 인증을 검토했으며, 답변과 인증이 본 재인증을 완료하는 데 가용한 정보와 일치함을 확인합니다.

DCHA 담당자

날짜

컬럼비아 특별구 주택관리국에 정보 공개에 대한 승인

The District of Columbia Housing Authority
Housing Choice Voucher Program
300 7th Street SW, 10th Floor
Washington, DC 20024

권한: 1988 년 스튜어트 B. 매키니 노숙자지원개정법(Stewart B. McKinney Homeless Assistance Amendments Act) 제 904 항은 1992 년 주택 및 지역사회 개발법(Housing and Community Development Act) 제 903 항과 1993 년 총괄예산조정법(Omnibus Budget Reconciliation Act) 제 3003 항에 의해 개정되었습니다. 이 법률은 42 U.S.C. 3544 에서 확인할 수 있습니다. 이 법률은 귀하가 다음을 허가하는 동의서에 서명하도록 요구합니다: (1) HUD 및 주택 기관/관리국(HA) 이 현 또는 전 고용주에게 급여 및 임금에 대한 확인을 요청함; (2) HUD 및 HA 가 해당 정보를 보관하는 책임이 있는 주 기관에 임금 및 실업보상 청구 정보를 요청함; (3) HUD 가 미 사회보장청(Social Security Administration) 및 미국세청(Internal Revenue Service)에 특정 세무 신고 정보를 요청함. 이 법률은 또한 소득 정보에 대한 독립적 확인을 요구합니다. 이에 따라, HUD 또는 HA 는 귀하의 자격 및 혜택 수준을 확인하기 위해 금융 기관에 정보를 요청할 수 있습니다.

목적: 이 동의서에 서명함으로써 귀하는 HUD 와 위에 명시된 HA 가 양식에 기재된 지급원에 소득 정보를 요청하도록 허가합니다. HUD 와 HA 는 귀하가 보조를 받는 주거 혜택의 자격이 있는지, 이러한 혜택이 적정 수준으로 설정되어 있는지 파악하기 위해 귀하의 가구 소득을 확인하는 데 이 정보가 필요합니다. HUD 와 HA 는 귀하의 자격과 혜택 수준을 확인하기 위해 이들 지급원과 컴퓨터 매칭 프로그램에 참여할 수 있습니다.

수집한 정보의 용도: HUD 는 1974 년 개인정보보호법(Privacy Act) 5 U.S.C. 552a 에 따라 수집한 소득 정보를 보호해야 합니다. HUD 는 다른 정부 기관에 법 집행 목적으로, 연방 기관에 고용 적합성 목적으로, 그리고 주택지원을 결정하기 위한 목적과 같이, 특정한 일상적 용도로 정보(세금신고 정보 제외)를 공개할 수 있습니다. HA 는 또한 해당 주 개인정보보호법에 따라 수집한 소득 정보를 보호해야 합니다. HUD 및 HA 직원은 동의서에 근거해 수집된 소득 정보의 무단공개 또는 부적절한 사용에 대해 처벌을 받을 수 있습니다. **개인 소유주는 이 양식에 의해 승인된 정보를 요청하거나 수집할 수 없습니다.**

동의서에 반드시 서명해야 하는 대상: 18 세 이상의 모든 가구 구성원은 동의서에 서명해야 합니다. 가구에 새로 등록된 성인 구성원이나 가구 구성원이 18 세가 될 때마다, 추가 서명을 받아야 합니다.

다음 프로그램에 따라 지원을 신청하거나 받는 사람은 이 동의서에 서명해야 합니다.

PHA 소유의 임대공공주택
PHA- 지역 임대료 보조 프로그램
PHA -지역 지원 프로그램
Section 8 임대증서
Section 8 임대 바우처
Section 8 중도 개보수

동의서에 서명하지 않는 경우: 동의서에 서명하지 않으면 지원을 받는 주거 혜택의 자격이 거부, 종료되거나 두 가지가 병과될 수 있습니다. 자격 거부 또는 혜택 종료는 주택관리국의 고충 처리 절차 및 Section 8 비공식 청문 절차의 적용을 받습니다.

수집할 수 있는 정보 출처

주 임금정보수집기관. (이 동의는 주거 혜택을 수령한 지난 5 년 이내 기간 동안 본인이 받은 임금과 실업수당으로 제한됩니다.)

미 사회보장청(HUD 만 해당). (이 동의는 내국세법(Internal Revenue Code) 제 6103(l)(7)(A)항에 언급된 임금 및 자영업 정보와 퇴직소득 지급으로 제한됩니다.)

미 국세청(HUD 만 해당). (이 동의는 불로소득[예: 이자, 배당금]으로 제한됩니다.)

다음으로부터 직접 정보를 입수할 수도 있습니다.

(a) 급여와 임금에 관한 현재 및 전 고용주, (b) 불로소득(예: 이자, 배당금)에 관한 금융기관. 본인은 이러한 지급원에서 입수한 소득 정보가 지원을 받는 주택 프로그램의 자격과 혜택 수준을 결정하는 데 있어 본인이 제공하는 정보를 검증하는 데 사용됨을 이해합니다. 따라서 이 동의서는 본인이 지원을 받는 혜택을 수령한 지난 5 년 이내의 모든 기간에 관한 정보에 대해서만 고용주 및 금융기관으로부터 직접 공개하는 것을 허가합니다.

동의: 본인은 주택도시개발부(HUD) 또는 주택관리국(HA)이 HUD의 지원을 받는 주택 프로그램에 따른 본인의 자격과 혜택 수준을 확인하는 목적으로 본 양식에 명시된 지급원에 소득 정보를 요청 및 수집하도록 허용하는 데 동의합니다. 본인은 이 동의서에 따라 소득 정보를 받는 컬럼비아 특별구 주택관리국(DCHA)이 수령액이 얼마인지, 본인이 실제로 자금을 접근할 수 있었는지, 자금을 언제 받았는지 독립적으로 먼저 확인하지 않은 채 지원을 거부, 감축 또는 종결하는 데 사용할 수 없음을 이해합니다. 또한, 본인에게 해당 결정에 이의를 제기할 기회가 주어져야 합니다.

이 동의서는 서명일로부터 3년 경과 시 만료됩니다

서명:

가구주	날짜	
가구주의 사회보장번호(있는 경우)	18 세 이상의 다른 가구 구성원	날짜
배우자	날짜	
18 세 이상의 다른 가구 구성원 날짜	날짜	18 세 이상의 다른 가구 구성원
18 세 이상의 다른 가구 구성원 날짜	날짜	18 세 이상의 다른 가구 구성원

개인정보 보호법 고지. 권한: 주택도시개발부(HUD)는 1937년 미국 주택법(42U.S.C. 1437 이하 참조), 1964년 민권법 제 6 조(42 U.S.C. 2000d), 공정주택법(42U.S.C. 3601-10)에 의거하여 이 정보를 수집할 권한이 있습니다. 1987년 주택 및 커뮤니티법(42 U.S.C. 3543)은 신청자와 참여자가 각 가구 구성원의 사회보장번호를 제출하도록 요구합니다. 목적: 귀하의 소득 및 기타 정보는 HUD와 주택관리국에서 귀하의 자격, 적절한 침실 크기, 귀하의 가족이 임대료와 공과금으로 납부하게 될 금액을 결정하기 위해 수집됩니다. 기타 용도: HUD는 귀하의 가족 소득 및 기타 정보를 사용하여 HUD 의을 지원을 받는 주택 프로그램을 관리 및 모니터링하고, 정부의 재정적 이익을 보호하고, 귀하가 제공하는 정보의 정확성을 확인합니다. 이 정보는 관련성이 있는 경우 해당 연방, 주, 지방 기관 및 민사, 형사 또는 규제 조사관 및 검사에게 공개될 수 있습니다. 단, 본 정보는 법률에 의해 허용되거나 요구되는 경우를 제외하고 HUD 외부에 공개되지 않습니다. 처벌: 귀하는 모든 가구 구성원의 사회보장번호를 포함하여 주택관리국에서 요청한 모든 정보를 제공해야 합니다. 이는 의무사항으로 사회보장번호를 제공하지 않으면 자격에 영향을 미칩니다. 요청된 정보를 제공하지 않을 경우, 자격 승인이 지연되거나 거부될 수 있습니다.

이 동의를 오용할 경우의 처벌

HUD, 주택관리국 및 모든 소유주(또는 HUD, 주택관리국 또는 소유주의 고용인)는 동의서에 근거하여 수집된 정보를 무단공개하거나 부적절하게 사용할 경우 처벌받을 수 있습니다.

이 "정보 공개 승인"에 따라 수집된 정보의 사용은 공개서에 명시된 목적에 한합니다. 신청자 또는 참여자에 관한 정보를 허위로 요청, 획득 또는 공개하는 사람은 고의적으로 이러한 행위를 한 경우 경범죄로 처벌받을 수 있으며 \$5,000 이하의 벌금에 처할 수 있습니다. 정보 공개 과실로 인해 피해를 입은 신청자 또는 참여자는 HUD 임직원, 주택관리국 또는 무단공개나 부적절한 사용에 책임이 있는 소유주를 상대로 손해배상을 청구하는 민사 소송을 제기하고 적절한 경우 다른 구제책을 요구할 수 있습니다.



District of Columbia Housing Authority

300 7th Street, SW110th Floor
 Washington, DC 20024
 [202] 535-1000 | dchousing.org

OMB 통제번호 2502-0581
 만료. (2019/02/28)

추가 및 선택 연락처 정보 연방의 지원을 받는 주택 보조 신청

이 양식은 연방의 지원을 받을 각 주택 신청자에게 제공됩니다. **지침: 선택 연락 담당자 또는 조직:** 귀하는 주택 신청의 일부로 가족 구성원, 친구 또는 친목, 보건, 옹호 또는 기타 조직의 이름, 주소, 전화번호 및 그 밖의 관련 정보를 포함할 권리가 있습니다. 이 연락처 정보는 귀하의 임차 기간 동안 발생할 수 있는 문제를 해결하거나 귀하에게 필요할 수 있는 특별 돌봄 또는 서비스를 제공하는 데 도움을 줄 수 있는 개인 또는 조직을 식별하는 데 사용됩니다. **귀하는 언제든지 이 양식에 제공하는 정보를 최신화, 삭제 또는 변경할 수 있습니다.** 이 연락처 정보를 제공할 필요는 없지만, 제공하기로 선택하는 경우 이 양식에 관련 정보를 기재해 주시기 바랍니다.

고객명:	
우편 주소:	
전화번호:	휴대전화번호:
추가 연락 담당자 또는 조직명:	
주소:	
전화번호:	휴대전화번호:
이메일 주소(해당되는 경우):	
신청자와의 관계:	
연락 사유: (모든 해당 항목 선택)	
<input type="checkbox"/> 응급 상황 <input type="checkbox"/> 신청자에게 연락 불능 <input type="checkbox"/> 임대지원 종료 <input type="checkbox"/> 세대 퇴거 <input type="checkbox"/> 임대료 체납	<input type="checkbox"/> 재인증 절차 안내 <input type="checkbox"/> 임대차 계약 조건 변경 <input type="checkbox"/> 주택 규칙 변경 <input type="checkbox"/> 기타: _____
비밀유지 진술서: 이 양식에 제공된 정보는 기밀 사항이며 신청자 또는 해당 법률에서 허용하는 경우를 제외하고는 누구에게도 공개되지 않습니다.	
법적 고지: 1992년 주택 및 지역사회 개발법(공법 102-550, 1992년 10월 28일 승인) 제 644항은 연방의 지원을 받는 모든 주택 신청자에게 추가 연락 담당자 또는 조직에 대한 정보를 제공할 수 있는 선택권이 제공되도록 요구합니다. 신청자의 신청을 수락함으로써, 주택 제공자는 공정주택법(Fair Housing Act)에 따라 인종, 피부색, 종교, 국적, 성별, 장애 및 가족 상태를 근거로 연방의 지원을 받는 주택 프로그램에 가입 또는 참여하는 데 있어 차별을 금지하는 것과 1975년 연령차별법(Age Discrimination Act)에 따라 연령 차별을 금지하는 것을 포함하여 24 CFR 제 5.105항의 차별금지 및 기회균등 요건을 준수하는 데 동의합니다.	

연락처 정보를 제공하지 않으려면 이 체크란에 표시해 주십시오.

참여자 서명	날짜
---------------	-----------



District of Columbia Housing Authority

300 7th Street, SW110th Floor
Washington, DC 20024
[202] 535-1000 | dchousing.org

DCHA 담당자 이니셜	_____
재인증 월	_____
재인증 연도	_____

자가 인증 / 자가 선언서

관련: _____ 참여자 성명 / 가구주 _____ 사회보장번호 _____

제공자: _____ (참여자와 다를 경우 여기에 성명 정자체 기재)

정보 제공자의 주소: _____

정보 제공자의 전화번호: _____

진술서: (추가 공간이 필요한 경우 뒷면 사용)

본인은 위의 정보가 본인이 알고 있는 수준에서 사실이며 정확함을 증명합니다. 주의: 미국법규(United States Code) 제 18 조 1001 항은 미국 부처 또는 기관에 관할권 내의 어떠한 사안에 관하여 고의로 거짓 또는 허위 진술을 하는 것을 형사 범죄로 규정합니다.

이 양식은 공증되어야 함

서명 _____ 날짜 _____

다음 날짜에 본인 앞에서 서명날인 및 선서함: _____ / _____, 20 _____

본인의 위임 만료일: _____ 공증인 서명: _____

작성된 양식을 다음 주소로 제출:

수신: _____



District of Columbia Housing Authority

300 7th Street, SW110th Floor
Washington, DC 20024
[202] 535-1000 | dchousing.org

발생연도 _____
발생월 _____
문서 추적 번호 _____

참여자 성명 _____

참여자 주소 _____

참여자 사회보장번호 _____

고용 확인서:

DCHA 담당자: _____ 날짜: _____ 전화번호: _____

본인은, _____ 이로서 다음에, _____ 아래
요청된 정보를 공개하도록 허가합니다.

참여자 서명: _____ 날짜: _____

위의 해당인은 컬럼비아 특별구 주택관리국(District of Columbia Housing Authority, DCHA)이 관리하는 연방지원 임대 프로그램의 신청자 또는 참여자입니다. 당국은 임대지원 프로그램의 가입 또는 지속을 위한 모든 신청자의 소득을 확인해야 합니다. 가급적 신속히 아래에 요청된 정보를 제공해 주시기 바랍니다.

고용주명 _____ 전화번호 _____

고용주 주소 _____

지난 12 개월 동안 총 소득: _____ ~ _____, \$ _____

12 개월 미만 고용 시, 고용 시작일부터 종료일까지 소득 _____ \$ _____

주당 평균 근무 시간 _____ 시급 \$ _____

연간 총 주간 수 _____

평균 또는 총 초과근무 시간 _____ 시급 초과근무 임금 \$ _____
(하나에 동그라미 표시)

초과근무: (하나에 체크) 정규 단발성 보너스, 특별수당, 커미션 및/또는 팁:
\$ _____ (하나에 표시) 정규 단발성

과거 기본급 요율: \$ _____ / _____ 유효일 _____
\$ _____ / _____ 유효일 _____
\$ _____ / _____ 유효일 _____

고용 확인

기록상 고용인명: _____

기록상, 고용인 사회보장번호는 위에 명시된 것과 동일합니다: 예 아니요

알려진 경우, 예상 급여율 변동: \$ _____ 유효일 _____

해당 직책은 TITLE V 기금으로 자금이 조달됩니까? 예 아니요

최초 고용일: _____ 재고용: _____

종료일: _____ 고용인 직함/직업 _____

해당 고용인이 향후 12 개월 동안 귀사에 머무를 것으로 예상하십니까? 예 아니요

계절성 또는 단발성 고용인 경우, 일반적 정리해고 기간: _____

고용인이 병가/정직 상태로 인해 급여를 받지 못하는 경우, 마지막 근로일? _____

급여 공제:

의료 \$ _____ /월. 초과 _____ /월. 기타 _____

고용주 서명:

작성자 _____ 직함 _____

고용주 전화번호 _____ 날짜 _____

양식을 다음 주소로 제출:

**Housing Choice Voucher Program
300 7th Street SW, 10th Floor
Washington, DC 20024**

신속한 회신에 감사드립니다!



DCHA 담당자 이니셜 _____
재인증 월 _____
재인증 연도 _____

고용 종료 요청

1 차 요청일: _____
2 차 요청일: _____

수신: _____
회사 연락처 _____
회사명 _____
주소 _____
시/주 _____ 우편번호 _____

관련: _____
고용인 성명 _____
주소 _____
시/주 _____ 우편번호 _____
사회보장번호 _____

정보 공개

신청자/거주자가 작성할 사항

본인은 고용주가 요청된 정보를 컬럼비아 특별구 주택관리국에 직접 공개하도록 허가합니다.

고용인 서명: _____

날짜: _____

(name) 님,

DCHA는 주택 관리국이 운영하는 연방 지원을 받는 주택 프로그램의 모든 신청자와 참여자의 고용 종료, 고용주를 통해 확인하도록 요구합니다. 해당 정보를 제공하는 데 협조해 주시기 바랍니다. 어떠한 상황에서도 고용된 자가 이 양식을 작성해서는 안 됩니다. 양식은 고용인의 감독자, 시간 기록원, 부기담당자 또는 회계사가 작성해야 합니다.

고용인 성명: _____ SS#: _____ 기타 고용인 ID 번호 (해당되는 경우): _____

(기록상) 고용인 주소: _____

고용일: _____ 종료일: _____ 고용인의 실제 마지막 근무일: _____

고용인의 미사용 연차 또는 병가에 대해 추가 수당을 지급합니까? 예 아니요

예인 경우, 고용인 수령 금액 \$ _____

고용인이 산재 보상에 대한 추가 수표를 받을 것입니까? 예 아니요

예인 경우, 이를 입증할 수 있는 회사명과 주소 제시:

회사명: _____

회사 주소: _____

종료 사유(하나 선택): 고용인 퇴사 타당한 근거의 종료 업무량 부족 기타

업무량 부족 또는 기타 사유로 종료된 경우, 해당 고용인을 재고용할 것으로 예상합니까? 예 아니요

그런 경우, 언제입니까? _____

고용주 또는 위임대리인 서명 _____

직함(정자체 기입) _____

전화번호 _____

날짜 _____

다음 주소로 우편 또는 팩스 제출:

DCHA 담당자: _____ 전화번호 _____

District of Columbia Housing Authority _____
300 7th Street SW, 10th Floor _____
Washington, DC 20024 _____

팩스번호: _____



날짜: _____

가구주 성명: _____

가구 주소: _____

거주자 무소득 증명서

거주자/가구주 성명 _____, _____ 사회보장번호

본인은 어떠한 지급원으로부터도 소득을 받고 있지 않음을 증명하고, 본인이 다음에 해당하지 않음을 확인합니다.

- 1. 개인 또는 공공 고용주를 통해 고용됨
- 2. 실업수당 수령
- 3. 사회보장청 혜택 수령
- 4. 공적부조(PA 또는 재향군인 혜택) 수령
- 5. 모든 지급원으로부터 소득 수령
- 6. 무급 출산휴가 중
- 7. 친구, 친척, 기관, 교회 등으로부터 기부금 수령

_____ 이니셜 표기
 _____ 이니셜 표기
 _____ 이니셜 표기
 _____ 이니셜 표기
 _____ 이니셜 표기
 _____ 이니셜 표기
 _____ 이니셜 표기

본인은 소득 및 가족 구성의 어떠한 변경 사항이든 즉시 보고해야 함을 이해합니다. 본인은 18 세 이상 모든 가족 구성원은 가족 전원이 소득이 발생하지 않는다고 보고하는 경우, 90 일마다 재심사 대상임을 이해합니다. 본인은 가족 전원의 소득을 보고하지 않을 경우, 주택선택바우처 프로그램의 조건에 따른 가족 의무 위반이며 가족에 대한 지원이 종료될 수 있음을 이해합니다.

본인은 위의 정보가 본인이 알고 있는 수준에서 사실이며 정확함을 증명합니다.

거주자 서명 _____ 날짜 _____

가구주 서명 _____ 날짜 _____

이 양식은 공증되어야 함

공증인

다음 날짜에 본인 앞에서 선서 및 서명날인함: _____ / _____, 20____

공증인 서명

본인의 위임 만료일: _____ 공증인 서명

작성된 양식을 다음 주소로 제출:



District of Columbia Housing Authority

300 7th Street SW 10th Floor,
Washington, DC 20002-7599
(202) 535-1000

1 차 요청일: _____

2 차 요청일: _____

DCHA 담당자 이니셜 _____
재인증 월 _____
재인증 연도 _____

무소득 또는 소득불안정 가정

관련: _____
가구주 _____

마지막 재인증 날짜: _____

주소 _____

시/주 _____ 우편번호 _____

SS# _____

각 질문 다음에 "예" 또는 "아니오"에 체크하여 아래 질문에 답변해 주시기 바랍니다. 각 질문은 귀하와 가구 구성원 전원에게 해당됩니다.

마지막 인증 날짜 이후:

1. 귀하의 집으로 이주해 들어오거나 이주해 나간 사람이 있습니까? 예 아니요
그런 경우, 누구입니까? _____

2. 구직을 신청한 사람이 있습니까? 예 아니요
그런 경우, 누구입니까? _____

3. 가구 구성원 중에 직장을 다니기 시작한 사람이 있습니까? 예 아니요
그런 경우, 누구이며 어디입니까? _____

4. 가구 구성원 중에 직장을 그만둔 사람이 있습니까? 예 아니요
그런 경우, 누구입니까? _____

해고당한 사람이 있습니까? 예 아니요
그런 경우, 누구입니까? _____

5. 가구 구성원 중에 자영업자가 있습니까? 예 아니요
그런 경우, 누구입니까? _____

6. 가구 구성원 중에 파트타임 또는 풀타임으로 취업한 사람이 있습니까? 예 아니요
그런 경우, 누구입니까? _____

7. 다음 중 하나에 신청한 사람이 있습니까?

공적 부조	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	실업 수당	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
TANF	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	자녀 양육비	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
사회보장	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	위자료 또는 생활비	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
SSI	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	산재 보상	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요



District of Columbia Housing Authority

DCHA 담당자 이니셜 _____
재인증 월 _____
재인증 연도 _____

8. 가구 구성원 중에 다음 중 하나를 수령하는 사람이 있습니까?

TANF	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	연금	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
공적 부조	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	장애 수당	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
사회보장	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		

9. 가구 구성원 외 누군가가 귀하의 청구서 비용을 지불하거나 귀하에게 금전을 제공합니까? 예 아니요
예인 경우, 해당인은 누구입니까? 해당인에게서 어떤 청구서 비용을 지불받고/받거나 수령 금액은 얼마입니까?

10. 가구 구성원 중에 위에 언급되지 않은 소득이나 금전을 수령하는 사람이 있습니까? 예 아니요
예인 경우, 설명해 주십시오. 해당 구성원은 누구이고, 지급원은 어디이고 수령액이 얼마인지 기재 _____

인증: 본인은 본인이 제공한 답변이 알고 있는 수준에서 사실이고 정확하며, 이 양식에 있는 진술을 확인하기 위한 질문에 이의가 없음을 증명합니다.

(가家主) - 정자체 기입

날짜

(가家主) - 서명

날짜

(DCHA 입회인) - 서명

날짜

주의! 미국법규(United States Code) 제 18 조 1001 항은 미국 정부 부처 또는 기관 또는 주택도시개발부(Department of Housing and Urban Development)에 고의로 그리고 자발적으로 허위 또는 사기성 진술을 하는 자는 중범죄를 저지른 것으로 규정합니다.



District of Columbia Housing Authority

300 7th Street, SW110th Floor
Washington, DC 20024
[202] 535-1000 | dchousing.org

DCHA 담당자 이니셜____
재인증 월 _____

풀타임 학생 인증
(대학/기술학교)

1 차 요청일: ____
2 차 요청일: ____

수신: _____
교육 기관/담당자

관련: _____
학생

주소 _____

주소 _____

시/주 _____ 우편번호 _____

시/주 _____ 우편번호 _____

전화번호 _____

가구주 _____

정보 공개

신청자/거주자가 작성할 사항
본인은 위에 확인된 교육 기관이 컬럼비아 특별구 주택관리국에 요청받은 정보를 직접 공개하도록 허가합니다.

(name) 님,
위에 명시된 자는 컬럼비아 특별구 주택관리국(District of Columbia Housing Authority, DCHA)이 운영하는 연방지원주거프로그램의 신청자 또는 참여자입니다. 해당인은 다음 가족 구성원이
귀 학교에 정규 학생으로 재학 중이라고 명시했습니다.

학생 성명(정자체 기입)
이 가족의 임대료 지불을 결정하기 위해, 당국은 학생 신분에 대한 정보를 확인해야 합니다. 아래에 제공된 공간을 작성하고 작성이 완료되면 가급적 신속히 당국 사무소로 양식을 제출해 주시기 바랍니다. 본 사안에 대해 도움을 주셔서 감사드립니다.

확인

본인은 **학생 성명(정자체 기입)**이(가) _____
본 기관의 풀타임 학생이거나 풀타임 학생이 아님을(하나 선택) 확인합니다. 풀타임 학생인 경우, 학생의 현재 학년 또는 레벨을 표시해 주시기 바랍니다: _____
기록상 학생 주소: _____

기록에 따라 학생과 함께 거주하는 당사자들의 성명을 제공해 주십시오:

교육 기관 담당자 이름(정자체 기입)

직함(정자체 기입)

교육 기관 담당자 서명

날짜

학교 주소

전화번호: _____

다음 주소로 우편, 팩스 또는 이메일 제출:

DCHA 담당자: _____

전화번호: (202) _____ 팩스번호:(202) _____

District of Columbia Housing Authority
300 7th Street SW, 10th Floor
Washington, DC 20024

이메일: _____

주의: 미국법규(United States Code) 제 18 조 1001 항은 미국 정부 부처 또는 기관 또는 주택도시개발부(Department of Housing and Urban Development)에 고의로 그리고 자발적으로 허위 또는 사기성 진술을 하는 자는 중범죄를 저지른 것으로 규정합니다.