

财务声明书 Financial Statement

您是否获得：

- SSI SSDI Medicaid
 DSHS 现金或食品补助

如果您获得任何上述福利，则仅需填写此表格的 **E** 和 **G** 部分。

将根据以下来确定需求：

- 家庭单位 客户

客户姓名

此表格用于为您的财务状况提供文件证明。您需为您的个人就业计划(IPE)支付的费用取决于您的收入，以及来自您不动产及个人资产的资金。职业康复处(DVR)将利用这一情况来计算您对 IPE 费用的支付能力。此表格将由您的 DVR 代表填写，而且填写内容将以您、您的家长、监护人或者其他代表者提供的情况为依据（如适用）。在计算您的收入、资产和付账支出金额时，将以您的家庭单位或者您本人（作为单独的客户）为计算单位，具体取决于上一个报税年度内您申报联邦所得税时的纳税身份。

A. 调整后的总收入额（简版财务声明书）

如果有最近退税，请填写：

如果没有最近退税，请填写：

1. 调整后的总收入额（表格 1040EZ：第 4 行；表格 1040A：第 21 行；表格 1040：第 37 行）	\$	1. 最近一个月的工资、小费和薪水（扣税之前）	\$
2. 从总收入中排除的国外收入（表格 1040：第 7 行），免税利息（表格 1040：第 8b 行），以及非应税社会保险退休金或抚恤金（表格 1040 上的 20a 行与 20b 行的差）	+ \$	2. 自雇业收入（在支付任何营业相关费用之后）	+ \$
		3. 获得的任何其他收入（例如失业补助金、赡养费、退休金、利息收入、资本收益、股息）	+ \$
调整后的总收入额（基于每年）	= \$	4. 任何抵扣项（例如支付的赡养费、为自己支付的学杂费、HSA 账户供款）	- \$
如果您的调整后的总收入额(MAGI)未超过下表中的限额，您的 VR 顾问将验证提供的信息并免除对您的 IPE 费用的财务支付责任要求。		调整后的总收入额（基于每年）	= \$

收入	个人	2 口之家	3 口之家	4 口之家	5 口之家	6 口之家	7 口之家	8 口之家
每月	\$3,248	\$4,397	\$5,546	\$6,695	\$7,845	\$8,993	\$10,143	\$11,292
每年	\$38,969	\$52,760	\$66,550	\$80,340	\$94,131	\$107,921	\$121,712	\$135,502

注意：如果您的 MAGI 未超过上述金额，请直接跳至此表格的 **G** 部分。

B. 来自所有来源的月收入（仅当 MAGI 超过 A 部分表格中的金额时才填写）

1. 税后的工资、小费和（或）薪水（或支出之后的自雇业收入）	\$
2. 补偿金、保险福利金、养老金、按月领取的信托基金年金或股息、利息和（或）租金	+ \$
3. 持家费和（或）儿童赡养费	+ \$
4. 其他收入	+ \$
B. 每月收入总额	= \$

C. 不动产及个人资产（仅当 MAGI 超过 A 部分表格中的金额时才填写）			
1. 支票/储蓄（总额）- 附上当月的银行月结算单	\$		
2. 机动车辆 – 不包括用于上班、上学或 VR/IL 服务的车辆（每一位家庭成员一部车）； 请具体说明车辆和价值	A.	+ \$	
	B.	+ \$	
3. 用于娱乐目的的车辆（船只、拖车、摩托车等）； 请具体说明车辆和价值			+ \$
			+ \$
4. 不动产和其它建造物 – 不包括您的主要住宅	+ \$		
5. 不算做上文的收入的股票、债券、信托基金、存款单等	+ \$		
	基本资产豁免	- \$	5,000
C. 不动产及个人资产总计金额		= \$	
D. 每月的实际付账支出金额（仅当 MAGI 超过 A 部分表格中的金额时才填写）			
1. 租金/抵押贷款付款	\$		
2. 房地产税	+ \$		
3. 水电煤气与电话费用等	+ \$		
4. 保险费付款； 请具体说明类型和金额	汽车保险		+ \$
			+ \$
			+ \$
5. 信用或赊销账户； 请具体说明	债权人/贷款	总欠款	每月最低金额
		\$	+ \$
		\$	+ \$
		\$	+ \$
6. 贷款偿款； 请具体说明	债权人/贷款	总欠款	每月最低金额
		\$	+ \$
		\$	+ \$
		\$	+ \$
7. 医疗开支； 请具体说明	服务提供者	总欠款	每月最低金额
		\$	+ \$
		\$	+ \$
		\$	+ \$
8. 与残障有关的长期持续支出（护理员、治疗师治疗、处方费、设备等）	+ \$		
9. 交通费用	+ \$		
10. 车辆牌照（每月）	+ \$		
11. 食品	+ \$		
12. 衣物	+ \$		
13. 其他； 请具体说明			+ \$
			+ \$
D. 每月的实际付账支出金额		= \$	

E. DSHS 现金或食品补助/SSI/SSDI Medicaid 证明/银行对账单豁免 (DVR 工作人员)		
1. 本人已经核实, 此位客户目前领取 DSHS 现金或食品补助、SSI、SSDI 或 Medicaid, 并已将相应的文件证明随附于财务声明书。		职业康复顾问(VRC)姓名缩写
2. 本人已免除提交银行对账单及其他财务信息之要求。		职业康复顾问(VRC)姓名缩写
F. 对客户个人就业计划供款的计算 (DVR 工作人员)		
	请在 IPE 中输入估计的月数	
1. 每月收入总额 (取自 B 部分)	B	\$
2. 不动产及个人资产的总金额 (取自 C 部分) 除以计划中所规定的月数 (对于每月资产)	C 除以 IPE 中的月数	+ \$
3. 每月经济来源总额	第 1 行加第 2 行	= \$
4. 每月的实际付账支出总金额 (取自 D 部分)	D	- \$
5. 可用于 IPE 的每月资金总额	第 3 行减第 4 行	= \$
6. 可用于 IPE 服务的资金总额	第 5 行乘以 IPE 中的月数	= \$
如果可用于上方 IPE 的资金 (第 5 项和第 6 项) 大于零, 则此金额及服务项目将被记录在客户的 IPE 中 (确定“与计划有关的费用”部分中)。		
G. 客户声明		
<p>本人明白, 依据华盛顿州行政法规(WAC), 如果我领取社会安全保险金(SSDI)、社会安全残障保险金(SSDI)、医疗辅助方案保险福利或者社会福利服务部(DSHS)收入津贴, 则我不必支付任何职业康复(VR)服务的费用。本人可自愿支付某些服务的费用, 但并不要求我必须这样做。</p> <p>本人明白, 此信息属于保密信息, 而且仅可依据华盛顿州行政法规(WAC) 388-891A 章之规定用于实现我的 IPE 中的目标。</p> <p>本人立誓, 此表格中所提供和所填写的全部情况均属实, 且构成对本人之收入、资产和付账支出金额情况的完整披露; 若有不实之词, 愿受伪证罪处罚。本人明白, 若我的财务状况发生任何变化, 我有责任立即向 DVR 报告。本人还明白, 如果我所提供的上述情况不完整或不正确, DVR 会拒绝或暂停服务。</p> <p>如果可用且适当, 则包括本人最近提交的退税或所依据的纳税的副本, 且如果适当, 则提供或豁免提供本人目前储蓄和支票对账单的副本。我还将依要求提交其它的本人财务状况文件证明。</p> <p>本人理解 DVR 提出的要求, 即证明我根据自己的财务状况来支付本人 IPE 服务的费用。</p>		
客户/法定监护人 (如适用) 签名		日期
H. 顾问声明		
<p>本人已根据客户、家长、监护人或其他代表者提供的情况准确填写此表格的内容。本人已告知客户、家长、监护人或其他代表者此表格的用途; 已告知他们若其财务状况发生任何变化, 他们有责任立即报告; 并已告知他们, 若 DVR 要求提交其它有关财务状况的文件证明, 他们应遵循这些要求。本人还告知客户、家长、监护人或其他代表者 DVR 提出的要求, 即应对根据其财务状况而支付的该客户之 IPE 费用提供文件证明。</p>		
顾问签名	日期	工整填写姓名