

Финансовая декларация Financial Statement

Участвуете ли вы в следующих программах
 SSI SSDI Medicaid
 DSHS Cash / Food Assistance
Если вы участвуете в любой из указанных выше программ, заполните только разделы E и G настоящей формы.
 Ваши потребности будут определены с учетом следующего:
 Семья Индивидуальный клиент

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА

Цель данной формы – документировать ваше финансовое положение. Размер вашего взноса в стоимость вашего индивидуального плана трудоустройства (IPE) будет определен исходя из размера вашего дохода и имеющихся средств, связанных с недвижимостью и личным имуществом. Эта информация будет использоваться Отделом профессиональной реабилитации (Division of Vocational Rehabilitation, DVR) для расчёта вашего взноса в стоимость вашего плана IPE. Данный документ должен быть заполнен вами и представителем DVR с учетом сведений, предоставленных вами, вашим родителем, опекуном или иным представителем, если применимо. В зависимости от вида налоговой декларации, поданной вами за последний налоговый год, ваш доход, стоимость вашего имущества и размер ваших обязательств будут определены в расчёте на вашу семью либо на вас одного как индивидуального клиента.

A. Скорректированный валовой доход с поправками и изменениями (упрощенная финансовая декларация)

Заполните при наличии последней налоговой декларации:		Заполните в отсутствие последней налоговой декларации:	
1. Скорректированный валовой доход (форма 1040EZ: строка 4; форма 1040A: строка 21; форма 1040: строка 37)	\$	1. Заработная плата, чаевые и жалование за последний месяц (до взимания налогов)	\$
2. Доход, полученный за рубежом, не учтенный в общем доходе (форма 1040: строка 7), проценты, освобожденные от налога (форма 1040: строка 8b) и освобожденная от налога социальная помощь пенсионерам или помощь в связи с утратой кормильца (разница между значениями, указанными в строках 20a и 20b в форме 1040)	+ \$	2. Доход от деятельности самозанятого лица (после выплаты всех расходов, связанных с коммерческой деятельностью)	+ \$
		3. Любого иного полученный доход (к примеру, пособие по безработице, алименты, пособие для вышедших на пенсию, доход от процентов, прибыль на капитал, дивиденды)	+ \$
Скорректированный валовой доход с поправками и изменениями (на годичной основе)	\$	4. Любые вычеты (к примеру, выплаченные алименты, плата или взносы в связи с обучением, выплаченные за вас, взносы на счет HSA)	- \$
Если ваш скорректированный валовой доход с поправками и изменениями (MAGI) не превышает предельных значений, приведенных в таблице ниже, ваш консультант VR проверит предоставленную информацию и отменит требование вашего финансового участия в покрытии стоимости плана IPE.		Скорректированный валовой доход с поправками и изменениями (на годичной основе)	
		\$	

Доход	Индивидуальный клиент	Семья из 2 человек	Семья из 3 человек	Семья из 4 человек	Семья из 5 человек	Семья из 6 человек	Семья из 7 человек	Семья из 8 человек
Ежемесячно	\$3,248	\$4,397	\$5,546	\$6,695	\$7,845	\$8,993	\$10,143	\$11,292
В год	\$38,969	\$52,760	\$66,550	\$80,340	\$94,131	\$107,921	\$121,712	\$135,502

ПРИМЕЧАНИЕ: Если ваш доход MAGI не превышает указанных выше значений, переходите непосредственно к Разделу G настоящей формы.

B. Ежемесячный доход, полученный из всех источников (заполните этот раздел, если ваш доход MAGI превышает значения, приведенные в таблице Раздела A)

1. Заработная плата, чаевые и/или жалование после вычета налогов (или доход самозанятого лица после вычета затрат)	\$
2. Компенсации, страховые выплаты, пенсии, месячные выплаты в рамках страховой ренты из доверительных фондов и дивиденды, проценты и/или доход от аренды	+ \$
3. Размер содержания и (или) алиментов	+ \$
4. Другой доход	+ \$
B. Общий ежемесячный доход	\$

С. Недвижимое имущество и личные активы (заполните этот раздел, если ваш доход MAGI превышает значения, приведенные в таблице Раздела А)			
1. Текущие / сберегательные счета (итого) – приложите текущие месячные декларации	\$		
2. Автотранспортные средства - исключая один автомобиль на члена семьи при условии, что автомобиль требуется для проезда на работу, в учебное заведение либо к месту получения услуг профессиональной реабилитации или развития навыков самостоятельной жизни (VR/IL); ниже укажите автотранспортные средства и их стоимость	A.	+ \$	
	B.	+ \$	
3. Рекреационные транспортные средства (лодки, трейлеры, мотоциклы и т.п.); ниже укажите автотранспортные средства и их стоимость	+ \$		
	+ \$		
4. Недвижимое имущество и постройки - исключая ваше основное место проживания	+ \$		
5. Акции, облигации, трастовые фонды, депозитные сертификаты и т.п., не являющиеся источником указанного выше месячного дохода	+ \$		
Базовые активы, освобожденные от налогов	- \$		5 000
С. Недвижимость и личное имущество	= \$		
Д. Текущие ежемесячные обязательства (заполните этот раздел, если ваш доход MAGI превышает значения, приведенные в таблице Раздела А)			
1. Арендная плата за жильё / взносы по ипотеке	\$		
2. Налоги на недвижимость	+ \$		
3. Коммунальные услуги, телефон и т.п.	+ \$		
4. Взносы в страховые планы; укажите тип и сумму	Страхование автотранспортных средств		+ \$
			+ \$
			+ \$
5. Обязательства по кредитным счетам; поясните	Кредитор / заем	Итого, долг	Ежемесячный минимум
		\$	+ \$
		\$	+ \$
		\$	+ \$
6. Выплаты ссуд; поясните	Кредитор / заем	Итого, долг	Ежемесячный минимум
		\$	+ \$
		\$	+ \$
		\$	+ \$
7. Медицинские расходы; поясните	Поставщик услуги	Итого, долг	Ежемесячный минимум
		\$	+ \$
		\$	+ \$
		\$	+ \$
8. Постоянные расходы, связанные с инвалидностью (услуги сиделки, терапии, стоимость рецептурных препаратов, оборудования и т.п.)	+ \$		
9. Транспортные расходы	+ \$		
10. Лицензии на транспортные средства (в месяц)	+ \$		
11. Питание	+ \$		
12. Одежда	+ \$		
13. Иное; поясните			+ \$
			+ \$
Д. Фактические ежемесячные денежные обязательства	= \$		

Е. Проверка данных в отношении социальной финансовой или продуктовой помощи DSHS / SSI / SSDI / Medicaid - Отмена требования о предоставлении выписки с банковских счетов (персонал DVR)		
1. Я подтверждаю, что клиент получает финансовую или продуктовую помощь DSHS, пособие SSI, SSDI, участвует в программе Medicaid, и прилагаю к Финансовой декларации соответствующую документацию.		ИНИЦИАЛЫ СОТРУДНИКА ЦЕНТРА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (VRC)
2. Я освобождаю клиента от обязательства предоставить выписки с банковских счетов и прочую финансовую информацию.		ИНИЦИАЛЫ СОТРУДНИКА ЦЕНТРА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (VRC)
Ф. Расчет суммы участия клиента в финансировании Индивидуального плана трудоустройства (персонал DVR)		
Укажите примерное количество месяцев, охватываемых планом IPE		
1. Совокупный месячный доход (из раздела В)	В	\$
2. Совокупная стоимость недвижимости и личного имущества (из раздела С), делённая на количество месяцев плана (месячные активы)	С, деленное на количество месяцев, охватываемых планом IPE	+ \$
3. Совокупные месячных ресурсы	Строка 1 плюс строка 2	= \$
4. Совокупный размер фактических ежемесячных денежных обязательств (из раздела D)	D	- \$
5. Общее количество средств в месяц, доступных для плана IPE	Строка 3 минус строка 4	= \$
6. Общее количество средств, доступных для покрытия услуг IPE	Строка 5, умноженная на количество месяцев, охватываемых планом IPE	= \$
Если размер имеющихся средств для взноса в стоимость плана IPE (графы 5 и 6 выше) больше нуля, то эта сумма и соответствующие услуги должны быть документированы в плане IPE клиента (в разделе, устанавливающем «размер расходов, связанных с планом»).		
Г. Декларация клиента		
<p>Я понимаю, что, в соответствии со Сводом законов штат Вашингтон (WAC) закону, если я предоставлю подтверждение факта получения мною пособий SSI, SSDI, Medicaid или дополнительного денежного пособия DSHS, то я не обязан(а) оплачивать никакую часть стоимости получаемых мною услуг профессиональной реабилитации. Я могу по желанию оплачивать некоторые из этих услуг; однако я не обязан(а) этого делать.</p> <p>Я понимаю, что данная информация является конфиденциальной и будут использоваться исключительно для достижения целей, определенных моим планом IPE в соответствии с разделом 388-891A кодекса WAC.</p> <p>Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что все сведения, предоставленные мной и указанные в данном документе, соответствуют действительности и полностью отражают факты, касающиеся моего дохода, имущества и обязательств. Я понимаю, что обязан(а) незамедлительно сообщать DVR обо всех изменениях в моём финансовом положении. Я также понимаю, что DVR может отказать мне в предоставлении услуг или прекратить таковое, если предоставленные мною сведения окажутся неточными или неполными.</p> <p>Копия самой последней поданной мною налоговой декларации, в которой я указал(а), что являюсь налоговым иждивенцем, прилагается, если доступна и необходима; копия моих действительных выписок с текущих или сберегательных счетов прилагается, либо их требование об их подаче отменено, если применимо. Я предоставлю иную документацию о своём финансовом положении, если это потребуется.</p> <p>Я понимаю требование DVR о документировании размера моего взноса в стоимость плана IPE, исходя из моего финансового положения.</p>		
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА / ЗАКОННОГО ОПЕКУНА (В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ СЛУЧАЕ)		ДАТА
Н. Декларация консультанта		
<p>Я тщательно заполнил(а) данный документ на основе сведений, предоставленных клиентом, его родителем, опекуном или иным представителем. Я проинформировал(а) клиента, его родителя, опекуна или иного представителя о назначении настоящего документа, его (её) обязанности незамедлительно сообщать обо всех изменениях в своём финансовом положении и обязательстве отвечать на запросы DVR о предоставлении дополнительной документации, касающейся финансового положения. Я также проинформировал(а) клиента, его родителя, опекуна или иного представителя о требовании DVR по документированию размера его (её) взноса в стоимость его (её) плана IPE, исходя из финансового положения клиента.</p>		
ПОДПИСЬ КОНСУЛЬТАНТА	ДАТА	ФАМИЛИЯ/ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ