



财务报表

您是否收到:

SSI SSDI Medicaid

DSHS 现金或食品援助

部落 TANF 或一般援助

如收到上述任何一项, 只需填写本表 E 和 G 部分。

根据以下情况确定需求:

家庭单位 客户

客户名称

本表旨在记录您的财务状况。您的 individualized plan for employment (个人化就业计划, IPE) 费用由收入、实物资产和个人资产决定。Division of Vocational Rehabilitation (职业康复司, DVR) 将使用这些信息计算您 IPE 费用的支付能力。本表由您和 DVR 代表根据您和父母、监护人或其他代表(如适用)提供的信息填写。根据您上个纳税年度的联邦所得税申报情况, 本表对您作为家庭单位或个人客户的收入、资产和负债进行计算。

A. Modified Adjusted Gross Income (修订版调整后总收入) (简明财务报表)

如最近有退税, 请填写:

1. 调整后总收入 (表 1040: 行 8b)	\$
2. 免税利息 (表 1040: 行 2a) 和不纳税的社会安全退休金或遗属福利 (表 1040 行 5a)	+\$
Modified Adjusted Gross Income (修订版调整后总收入) (年)	= \$

如最近无退税, 请填写:

1. 近一个月的工资、小费和薪水 (税前)	\$
2. 个人经营者所得 (支付所有业务相关费用后)	+\$
3. 其他收入 (如失业救济金、赡养费、退休福利、利息收入、资本收益、股息)	+\$
4. 扣除项目 (如支付赡养费和 HSA 账户捐款)	-\$
Modified Adjusted Gross Income (修订版调整后总收入) (月)	= \$

如果您的 Modified Adjusted Gross Income (修订版调整后总收入, MAGI) 未超过下表限制, VR 顾问将核实信息, 并对您免收 IPE 费用。

收入	个人	两口之家	三口之家	四口之家	五口之家	六口之家	七口之家	八口之家
月收入	\$4,069	\$5,499	\$6,929	\$8,359	\$9,789	\$11,219	\$12,649	\$14,079
年收入	\$48,828	\$65,998	\$83,148	\$100,308	\$117,468	\$134,628	\$151,788	\$168,948

注: 如果您的 MAGI 未超过 上述金额, 请直接进入本表 G 部分。

B. 所有月收入 (MAGI 超过 A 表格数额时需填写)

1. 工资、小费和/或税后工资 (或扣除费用后的个人经营者所得)	\$
2. 补助、保险、养老金、信托月度年金或股息、利息和/或租金	+\$
3. 赡养费和/或子女抚养费	+\$
4. 其他收入	+\$

		B. 月收入总额		= \$
C. 不动产和个人资产 (MAGI 超过 A 表格数额时需填写)				
1. 支票/储蓄 (总额) - 附当前月结单			\$	
2. 机动车—如车辆为工作、上学或 VR/IL 服务所用, 每个家庭成员可排除一辆车; 说明车辆和价值	A.	+ \$		
	B.	+ \$		
3. 娱乐性车辆 (船、拖车、摩托车等); 说明车辆和价值			+ \$	
			+ \$	
4. 不动产和结构建筑—不含主要住所			+ \$	
5. 不产生上述收入的股票、债券、信托、存款单等			+ \$	
		基本资产豁免	- \$	5,000
		C. 不动产和个人资产总额	= \$	
D. 每月实际负债 (MAGI 超过 A 表格数额时需填写)				
1. 租金/按揭付款			\$	
2. 产权税			+ \$	
3. 设施、电话等。			+ \$	
4. 保险费; 说明类型和金额			+ \$	
			+ \$	
			+ \$	
5. 信贷或收费账户; 说明	债权人/贷款	欠款总额	月最低还款额	
		\$	+ \$	
		\$	+ \$	
		\$	+ \$	
6. 贷款; 说明	债权人/贷款	欠款总额	月最低还款额	
		\$	+ \$	
		\$	+ \$	
		\$	+ \$	
7. 医疗支出; 说明	提供商	欠款总额	月最低还款额	
		\$	+ \$	
		\$	+ \$	
		\$	+ \$	
8. 残疾有关长期费用 (服务员、治疗、处方、设备等。)			+ \$	
9. 交通费用			+ \$	
10. 车辆许可证 (月)			+ \$	
11. 食物			+ \$	
12. 服装			+ \$	
13. 其他; 说明			+ \$	
			+ \$	

D. 实际月度负债		= \$
E. DSHS 现金或食物援助 / SSI / SSDI Medicaid 核查/银行对账单豁免 (DVR 工作人员)		
1. 本人已核实客户正在接受 DSHS 现金或食品援助、SSI、SSDI 或 Medicaid，并已在财务报表上附适当文件。		VRC 姓名首字母
2. 本人放弃要求其提供银行报表和其他财务信息。		VRC 姓名首字母
F. 计算客户 Individualized Plan for Employment (个性化就业计划) 支付金额 (DVR 工作人员)		
		请输入 IPE 估计月数
1. 月收入总额 (来自 B 部分)	B	\$
2. 不动产和个人资产总额 (C 部分) 除以计划月数 (月资产)	C 除以 IPE 计划月数	+ \$
3. 月度资源总额	行 1 加行 2	= \$
4. 每月实际负债总额 (D 部分)	D	- \$
5. 每月可用于 IPE 的资金总额	行 3 减行 4	= \$
6. 可用于 IPE 服务的资金总额	行 5 除以 IPE 月数	= \$
如上述 IPE 资金 (第 5 和 6 项) 大于零, 数额和服务将记录在客户 IPE 中 (确定“计划相关费用”部分)。		
G. 客户声明		
<p>本人理解, 根据 Washington Administrative Code (华盛顿州行政法规, WAC) 规定, 如果本人证明已接受 SSI、SSDI、Medicaid 或 DSHS 收入援助, 则不需支付任何 VR 服务。本人可以自愿付费, 但不强制要求。</p> <p>本人理解, 根据 WAC 第 388-891A 章规定, 本表格信息保密, 仅用于实现 IPE 目标。</p> <p>本人承诺, 本表所有信息真实可靠, 全面披露本人的收入、资产和负债, 如作伪证, 将面临惩罚。本人理解, 如本人个人财务状况有任何变化, 有责任立即向 DVR 报告。本人理解, 如发现本人提供的信息不准确或不完整, DVR 可拒绝或暂停服务。</p> <p>如有近期的适用纳税申报单或本人作为被抚养人的申报单, 或当前储蓄和支票对账单, 本人将附上复印件。本人将根据要求提供财务状况相关其他文件。</p> <p>本人理解, DVR 要求根据个人经济状况记录 IPE 服务费用的支付金额。</p>		
客户/法定监护人签名 (如适用)		日期
H. 顾问声明		
<p>本人已根据客户、家长、监护人或其他代表提供的信息准确填写了本表。本人已告知客户、家长、监护人或其他代表本表格的目的, 告知其有责任立即报告财务状况变化, 并遵守 DVR 要求, 提供财务状况补充文件。本人已通知客户、父母、监护人或其他代表 DVR 的要求, 记录其经济状况相应的 IPE 费用。</p>		
顾问签名	日期	打印姓名