

Estado financiero

Usted recibe:

- SSI SSDI Medicaid
 Asistencia con alimentos o en efectivo del DSHS

Si recibe alguno de los anteriores, solo se requieren las secciones E y G de este formulario.

La necesidad se determinará según:

- Unidad familiar Cliente

NOMBRE DEL CLIENTE

El propósito de este formulario es documentar su estado financiero. Su contribución al costo de su IPE (individualized plan for employment, plan individualizado de empleo) se determinará en función de sus ingresos y fondos de activos reales y personales. Esta información será utilizada por la DVR (Division of Vocational Rehabilitation, División de Rehabilitación Vocacional) para calcular su capacidad para contribuir financieramente a los costos de su IPE. Este formulario debe ser completado por usted y un representante de la DVR con base en la información proporcionada por usted, su padre, madre, tutor u otro representante, si corresponde. Sus ingresos, activos y pasivos se calcularán en función de su unidad familiar o de usted como cliente individual, dependiendo de su categoría de declaración del contribuyente del impuesto sobre la renta federal durante el último año fiscal.

A. Ingresos brutos ajustados modificados (estado financiero simplificado)

Complete si tiene su declaración de impuestos más reciente:

1. Ingreso bruto ajustado (Formulario 1040: Línea 8b)	\$
2. Intereses exentos de impuestos (Formulario 1040: Línea 2a) y beneficios del seguro social para jubilación o sobreviviente no tributables (Línea 5a del Formulario 1040)	+ \$
Ingreso bruto ajustado modificado (anualmente)	= \$

Complete si NO tiene su declaración de impuestos más reciente:

1. Salarios, propinas y sueldo del mes más reciente (antes de la retención de impuestos)	\$
2. Ingresos de trabajo independiente (después de pagar cualquier gasto relacionado con el negocio)	+ \$
3. Cualquier otro ingreso que se haya recibido (por ejemplo, beneficios por desempleo, pensión alimenticia, beneficios de jubilación, ingresos por intereses, ganancias de capital, dividendos)	+ \$
4. Cualquier deducción (por ejemplo, pensión alimenticia pagada, colegiaturas y cuotas pagadas por usted mismo, contribuciones a una HSA [Health Savings Account, cuenta de ahorros para gastos médicos])	- \$
Ingreso bruto ajustado modificado (mensualmente)	= \$

Si su MAGI (Modified Adjusted Gross Income, ingreso bruto ajustado modificado) no excede los límites en la tabla a continuación, su consejero de VR (Vocational Rehabilitation, rehabilitación vocacional) verificará la información proporcionada y hará una exención de los requisitos de contribución financiera al costo de su IPE.

Ingreso	Individuos	Familia de 2	Familia de 3	Familia de 4	Familia de 5	Familia de 6	Familia de 7	Familia de 8
Mensualmente	\$3,349	\$4,529	\$5,709	\$6,890	\$8,070	\$8,895	\$10,431	\$11,612
Anualmente	\$40,186	\$54,350	\$68,515	\$82,680	\$96,845	\$111,010	\$125,174	\$139,339

NOTA: Proceda directamente a la **Sección G** de este formulario si su MAGI **no excede** lo anterior.

B. Ingresos mensuales provenientes de todas las fuentes (complete solo si el MAGI excede la cantidad en la tabla proporcionada en la Sección A)

1. Salarios, propinas o sueldos después de impuestos (o ingresos de trabajo independiente después de gastos)	\$
2. Compensación, seguros, pensiones, anualidades en pagos mensuales provenientes de fideicomisos o dividendos, intereses o rentas	+ \$
3. Manutención o pensión alimenticia	+ \$
4. Otros ingresos	+ \$
B. Ingreso mensual total	= \$

C. Bienes muebles e inmuebles (complete solo si el MAGI excede la cantidad en la tabla proporcionada en la Sección A)			
1. Cuenta de cheques o ahorros (total): adjunte estado(s) de cuenta mensual(es) actual(es)	\$		
2. Vehículos motorizados: excluya un vehículo por miembro del hogar si el vehículo se necesita para el trabajo, la escuela o los servicios de VR/IL (Independent Living, vida independiente); especificar vehículos y valor	A.	+ \$	
	B.	+ \$	
3. Vehículos recreativos (botes, remolques, motocicletas, etc.); especificar vehículos y valor		+ \$	
		+ \$	
4. Vehículos recreativos (botes, remolques, motocicletas, etc.); especificar vehículos y valor	+ \$		
5. Acciones, bonos, fideicomisos, certificados de depósito, etc., que no producen ingresos contabilizados anteriormente	+ \$		
Exención de activos de base	- \$		5,000
C. Total de activos muebles e inmuebles	= \$		
D. Pasivos mensuales reales (complete solo si el MAGI excede la cantidad en la tabla proporcionada en la Sección A)			
1. Pagos de renta o hipoteca	\$		
2. Impuestos sobre la propiedad	+ \$		
3. Servicios públicos, teléfono, etc.	+ \$		
4. Pagos de seguros; especificar tipo y cantidad	Seguro de automóvil		+ \$
			+ \$
			+ \$
5. Cuentas de crédito o cargo; especificar	Acreedor/Préstamo	Total adeudado	Mínimo mensual
		\$	+ \$
		\$	+ \$
		\$	+ \$
6. Pagos de préstamos; especificar	Acreedor/Préstamo	Total adeudado	Mínimo mensual
		\$	+ \$
		\$	+ \$
		\$	+ \$
7. Gastos médicos; especificar	Proveedor	Total adeudado	Mínimo mensual
		\$	+ \$
		\$	+ \$
		\$	+ \$
8. Gastos continuos relacionados con una discapacidad (asistente, terapia, recetas médicas, equipo, etc.)	+ \$		
9. Gastos de transporte	+ \$		
10. Licencia(s) de vehículos (por mes)	+ \$		
11. Alimentos	+ \$		
12. Ropa	+ \$		
13. Otros; especificar			+ \$
			+ \$
D. Pasivos mensuales reales	= \$		

E. Verificación de Medicaid del SSDI (Social Security Disability Insurance, Seguro por Discapacidad del Seguro Social)/SSI (Supplemental Security Income, Seguro de Ingreso Suplementario)/Asistencia en efectivo o con alimentos del DSHS (Department of Social and Health Services, Departamento de Servicios Sociales y de Salud)/Exención del estado de cuenta bancario (Personal de la DVR)

1. He verificado que el cliente está recibiendo asistencia en efectivo o con alimentos del DSHS, SSI, SSDI o Medicaid; se adjunta la documentación correspondiente al estado financiero.	INICIALES DEL VRC (VOCATIONAL REHABILITATION COUNSELOR, CONSEJERO DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL)
2. He hecho una exención del requisito de estados de cuenta bancarios y otra información financiera.	INICIALES DEL VRC

F. Cálculo de la contribución del cliente al plan individualizado de empleo (personal de DVR)

Ingrese el número estimado de meses en el IPE		
1. Ingreso mensual total (de la Sección B)	B	\$
2. Total de bienes muebles e inmuebles (de la Sección C) dividido por la cantidad de meses en el plan (para activos mensuales)	C dividido entre el número de meses en el IPE	+ \$
3. Recursos mensuales totales	Línea 1 más Línea 2	= \$
4. Total de pasivos mensuales actuales (de la Sección D)	D	- \$
5. Total de fondos disponibles mensuales para el IEP	Línea 3 menos Línea 4	= \$
6. Total de fondos disponibles para los servicios del IPE	Línea 5 multiplicada por número de meses en el IPE	= \$

Si los fondos disponibles para el IPE anterior (Puntos 5 y 6) son mayores que cero, esta cantidad y los servicios se documentarán en el IPE del cliente (en las secciones que identifican "costos asociados con el plan").

G. Declaración del cliente

Entiendo que, de acuerdo con el WAC (Washington Administrative Code, Código Administrativo de Washington), si proporciono verificación de que recibo asistencia económica del SSI, SSDI, Medicaid o DSHS, no estoy obligado a pagar ninguna parte de los servicios de VR que reciba. Puedo optar por pagar algunos de los servicios si lo deseo, pero no estoy obligado a hacerlo.

Entiendo que esta información es confidencial y solo se utiliza para lograr el objetivo en mi IPE, de acuerdo con el capítulo 388-891A, WAC.

Juro bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada y registrada en este formulario es verdadera y constituye una declaración completa de mis ingresos, activos y pasivos. Entiendo mi responsabilidad de informar de inmediato a la DVR sobre cualquier cambio en mi estado financiero. Además, entiendo que la DVR puede denegar o suspender el servicio si se encuentra que esta información que yo proporcioné es inexacta o está incompleta.

Se incluye una copia de la declaración de impuestos más reciente que he presentado o en la que se estableció que yo era dependiente, si está disponible y es apropiado, y se ha proporcionado una copia de mis estados de cuenta de cheques y de ahorros actuales o se ha hecho una exención si corresponde. Proporcionaré más documentación de mi estado financiero si se me solicita hacerlo.

Entiendo el requisito de la DVR de documentar mi contribución al costo de mis servicios de IPE con base en mi estado financiero.

FIRMA DEL CLIENTE/TUTOR LEGAL (SI PROCEDE)	FECHA
--	-------

H. Declaración del consejero

He completado este formulario con exactitud según la información proporcionada por el cliente, el padre, la madre, el tutor u otro representante. He informado al cliente, el padre, la madre, el tutor u otro representante sobre el objetivo de este formulario, su responsabilidad de informar inmediatamente cualquier cambio en su estado financiero y de cumplir cualquier solicitud de la DVR para proporcionar documentación adicional sobre su situación financiera. También informé al cliente, el padre, la madre, el tutor u otro representante de los requisitos de la DVR para documentar su contribución al costo del IPE del cliente con base en su estado financiero.

FIRMA DEL CONSEJERO	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE
---------------------	-------	--------------------------