

Декларація з ресурсів та витрат
Statement of Resources and Expenses

| | | |
|----------------------------|-------------------------------|--------------|
| ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА Є ОПІКУНОМ | ІМ'Я ОСОБИ, ЯКА НЕ Є ОПІКУНОМ | НОМЕР СПРАВИ |
|----------------------------|-------------------------------|--------------|

(Будь ласка, напишіть всі відповіді за винятком вашого підпису. Користуйтеся тільки чорним або синім чорнилом.)

ПРИМІТКА: Ви маєте надати Службі з питань допомоги дітям (DCS) ваш номер соціального забезпечення. DCS використовуватиме номер для послуг призначення допомоги дітям згідно із Статтею IV-D Закону про соціальне забезпечення.

I. Ваші персональні дані

| | | | |
|---|--|--|--|
| ПОВНЕ ІМ'Я | | ДАТА НАРОДЖЕННЯ | НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ |
| ДОМАШНІЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ | РОБОЧИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ДЛЯ ПЕРЕДАЧІ ПОВІДОМЛЕНЬ / МОБІЛЬНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ | |
| ФАКТИЧНА АБО ПОШТОВА АДРЕСА | | ПОТОЧНЕ СІМЕЙНЕ СТАНОВИЩЕ <input type="checkbox"/> Одружений <input type="checkbox"/> Неодружений <input type="checkbox"/> Розлучений | |
| МІСТО | ШТАТ | ПОШТОВИЙ ІНДЕКС | ІМ'Я ПОДРУЖЖЯ / ІНШОГО ДОРОСЛОГО, ЩО ЖИВЕ З ВАМИ |
| МІСЦЕ ОДРУЖЕННЯ (МІСТО / ОКРУГ / ШТАТ) | | | ДАТА ОДРУЖЕННЯ |
| КІЛЬКІСТЬ ДІТЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ У МОЄМУ ДОМІ | КІЛЬКІСТЬ ДОРОСЛИХ, ЩО ЖИВУТЬ У МОЄМУ ДОМІ | АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ: | |

II. Інформація щодо працевлаштування

A. Інформація щодо вашого працевлаштування

| | | | |
|---|--|-------|----------------------|
| ПРОФЕСІЯ | ПОТОЧНИЙ СТАТУС ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ <input type="checkbox"/> Працюю <input type="checkbox"/> Не працюю <input type="checkbox"/> Працюю на себе | | |
| НАЗВА РОБОТОДАВЦЯ | НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ | | |
| ФАКТИЧНА АБО ПОШТОВА АДРЕСА РОБОТОДАВЦЯ | АДРЕСА | МІСТО | ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС |
| НАЗВА СПІЛКИ | ФАКТИЧНА АБО ПОШТОВА АДРЕСА СПІЛКИ АДРЕСА МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС | | |

| II. Інформація щодо працевлаштування (Продовження) | | | |
|--|---|---|---|
| В. Інформація щодо самостійної зайнятості | | | |
| ПАМ'ЯТАЙТЕ: Надайте копію останньої декларації щодо федерального податку на прибуток вашого бізнесу як доказ прибутків та витрат. | | | |
| НАЗВА БІЗНЕСУ | | ФАКТИЧНА АБО ПОШТОВА АДРЕСА БІЗНЕСУ МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС | |
| ВИД БІЗНЕСУ <input type="checkbox"/> Корпорація <input type="checkbox"/> Партнерство <input type="checkbox"/> Одноосібне володіння | | ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПЛАТНИКА ПОДАТКІВ ВАШОГО БІЗНЕСУ | |
| БАНКІВСЬКІ РАХУНКИ БІЗНЕСУ РОЗМІЩЕНО В | | | |
| ВАЛОВИЙ РІЧНИЙ ДОХІД БІЗНЕСУ \$ | | ЧИСТИЙ РІЧНИЙ ДОХІД БІЗНЕСУ \$ | |
| С. Інформація щодо працевлаштування поточного подружжя / інших дорослих, що живуть з вами | | | |
| НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ | ПРОФЕСІЯ | | НАЗВА РОБОТОДАВЦЯ |
| ФАКТИЧНА АБО ПОШТОВА АДРЕСА РОБОТОДАВЦЯ АДРЕСА МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС | | | НАЛЕЖНІСТЬ ДО СПІЛКИ |
| D. Інформація щодо самостійної зайнятості поточного подружжя / інших дорослих, що живуть з вами | | | |
| ПАМ'ЯТАЙТЕ: Надайте копію останньої декларації щодо федерального податку на прибуток вашого бізнесу як доказ прибутків та витрат. | | | |
| НАЗВА БІЗНЕСУ | | ФАКТИЧНА АБО ПОШТОВА АДРЕСА БІЗНЕСУ МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС | |
| ВИД БІЗНЕСУ <input type="checkbox"/> Корпорація <input type="checkbox"/> Партнерство <input type="checkbox"/> Одноосібне володіння | | ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ПЛАТНИКА ПОДАТКІВ ВАШОГО БІЗНЕСУ | |
| БАНКІВСЬКІ РАХУНКИ БІЗНЕСУ РОЗМІЩЕНО В | | | |
| ВАЛОВИЙ РІЧНИЙ ДОХІД БІЗНЕСУ \$ | | ЧИСТИЙ РІЧНИЙ ДОХІД БІЗНЕСУ \$ | |
| E. Медична / стоматологічна страховка осіб, що на утриманні | | | |
| МЕДИЧНА <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | НАЗВА ТА АДРЕСА КОМПАНІЇ, ЩО НАДАЄ МЕДИЧНУ СТРАХОВКУ | | |
| СТОМАТОЛОГІЧНА <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні | НАЗВА ТА АДРЕСА КОМПАНІЇ, ЩО НАДАЄ СТОМАТОЛОГІЧНУ СТРАХОВКУ | | |
| ІМ'Я ВЛАСНИКА МЕДИЧНОГО СТРАХОВОГО ПОЛІСУ | | ІМ'Я ВЛАСНИКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТРАХОВОГО ПОЛІСУ | |
| III. Інформація щодо доходів та активів | | | |
| A. Дохід з усіх джерел за попередні місяці | | | |
| МОЯ ЗАРОБІТНА ПЛАТА \$ | ДОХІД ІЗ БІЗНЕСУ \$ | ДОХІД ПОДРУЖЖЯ \$ | ДОХІД ІНШИХ ДОРΟΣЛИХ, ЩО ЖИВУТЬ ЗІ МНОЮ \$ |
| ІНШИЙ ДОХІД \$ | ЗАГАЛЬНИЙ ВАЛОВИЙ ДОХІД \$ | | ЗАГАЛЬНИЙ ЧИСТИЙ ДОХІД \$ |

III. Інформація щодо доходів та активів (Продовження)**B. Валовий дохід з усіх джерел за попередні 12 місяців**

| МІСЯЦЬ | МІЙ ВАЛОВИЙ ДОХІД | ВАЛОВИЙ ДОХІД ПОДРУЖЖЯ / ІНШОГО ДОРОСЛОГО | ДЖЕРЕЛО ДОХОДУ (НАЗВА РОБОТОДАВЦЯ ТА ІН.) |
|----------|-------------------|---|---|
| Січень | \$ | \$ | |
| Лютий | \$ | \$ | |
| Березень | \$ | \$ | |
| Квітень | \$ | \$ | |
| Травень | \$ | \$ | |
| Червень | \$ | \$ | |
| Липень | \$ | \$ | |
| Серпень | \$ | \$ | |
| Вересень | \$ | \$ | |
| Жовтень | \$ | \$ | |
| Листопад | \$ | \$ | |
| Грудень | \$ | \$ | |

C. Зберігальні облигації

| ВИД ЗБЕРІГАЛЬНИХ ОБЛІГАЦІЙ | НОМІНАЛЬНА ВАРТІСТЬ | ВИД ЗБЕРІГАЛЬНИХ ОБЛІГАЦІЙ | НОМІНАЛЬНА ВАРТІСТЬ |
|----------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|
| | \$ | | \$ |
| | \$ | | \$ |
| | \$ | | \$ |
| | \$ | | \$ |

D. Персональні банківські рахунки

| ВИД РАХУНКУ | НАЗВА ТА РОЗТАШУВАННЯ БАНКУ | НОМЕР РАХУНКУ | БАЛАНС НА КІНЕЦЬ МИНУЛОГО МІСЯЦЯ |
|-----------------|-----------------------------|---------------|----------------------------------|
| Чековий | | | \$ |
| Ощадний | | | \$ |
| Кредитна спілка | | | \$ |
| Інше | | | \$ |

E. Акції та облигації

| ОПИС | КІЛЬКІСТЬ АКЦІЙ | НОМІНАЛЬНА ВАРТІСТЬ |
|------|-----------------|---------------------|
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |

III. Інформація щодо доходів та активів (Продовження)**F. Нерухомість (У володінні або в процесі купівлі, включаючи дім)**

| АДРЕСА АБО ЮРИДИЧНИЙ ОПИС | РІК ПРИДБАННЯ | ХТО УТРИМУЄ АКТИВИ |
|---------------------------|---------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

G. Особисте майно (У володінні або в процесі купівлі)

| ВИД МАЙНА | ДАТА ВИГОТОВЛЕННЯ | РІК | НОМЕР ЛІЦЕНЗІЇ ТА ОПИС | ХТО УТРИМУЄ ДОГОВІР | КІЛЬКІСТЬ У ВОЛОДІННІ |
|---------------------------|-------------------|-----|------------------------|---------------------|-----------------------|
| Автомобіль | | | | | \$ |
| Автомобіль | | | | | \$ |
| Човен / Моторний човен | | | | | \$ |
| Човен / Моторний човен | | | | | \$ |
| Пересувний будинок / | | | | | \$ |
| Інше | | | | | \$ |
| Інше | | | | | \$ |
| Інше | | | | | \$ |
| Інше | | | | | \$ |
| Інше | | | | | \$ |
| Інше | | | | | \$ |

H. Індивідуальний банківський сейф

| РОЗТАШУВАННЯ СЕЙФУ | ОПИС ВМІСТУ | ЗАГАЛЬНА ЦІННІСТЬ |
|--------------------|-------------|-------------------|
| | | \$ |
| | | \$ |

I. Поліс страхування життя

| НАЗВА ТА АДРЕСА СТРАХОВОЇ КОМПАНІЇ | ЦІННІСТЬ ГОТІВКОЮ |
|------------------------------------|-------------------|
| | \$ |
| | \$ |

J. Пенсійні рахунки

| ВИД РАХУНКУ | НАЗВА ТА РОЗТАШУВАННЯ ФОНДУ | НОМЕР РАХУНКУ | БАЛАНС НА КІНЕЦЬ МИНУЛОГО МІСЯЦЯ |
|----------------|-----------------------------|---------------|----------------------------------|
| Індивідуальний | | | \$ |
| Індивідуальний | | | \$ |
| Інше | | | \$ |

| IV. Інформація щодо щомісячних витрат | |
|---|----|
| A. Житло | |
| Оренда або оплата житла | \$ |
| Податки та страховка (якщо не покривається вище вказаними платежами) | \$ |
| Загальні щомісячні витрати на житло (сума двох рядків, вказаних вище) | \$ |
| B. Комунальні послуги | |
| Опалення (газове та масляне) | \$ |
| Електрика | \$ |
| Вода, каналізація, вивіз сміття | \$ |
| Телефон | \$ |
| Інше (вказати) | \$ |
| Загальні щомісячні витрати на комунальні послуги (сума п'яти рядків, вказаних вище) | \$ |
| C. Їжа | |
| Їжі для _____ Осіб | \$ |
| Їжа за межами дому | \$ |
| Інше (вказати) | \$ |
| Загальні щомісячні витрати на їжу (сума трьох рядків, вказаних вище) | \$ |
| D. Догляд за дітьми | |
| Дитячий садок / Няня для _____ Дітей | \$ |
| Одяг | \$ |
| Навчання у школі для _____ Дітей | \$ |
| Аліменти на дітей, що живуть не зі мною | \$ |
| Інші витрати, пов'язані з дітьми (перелічити): | \$ |
| Загальні щомісячні витрати на догляд за дітьми (сума п'яти рядків, вказаних вище) | \$ |
| E. Транспорт | |
| Виплати або оренда за транспортний засіб | \$ |
| Страховка | \$ |
| Ліцензія | \$ |
| Пальне та поточне обслуговування | \$ |
| Паркування | \$ |
| Інше (вказати) | \$ |
| Загальні щомісячні витрати на транспорт (сума шести рядків, вказаних вище) | \$ |

| IV. Інформація щодо щомісячних витрат (Продовження) | | |
|--|---------------------------|--------------------|
| F. Одяг | | |
| Робочий одяг | | \$ |
| Інший одяг | | \$ |
| Загальні щомісячні витрати на одяг (сума двох рядків, вказаних вище) | | \$ |
| G. Догляд за здоров'ям | | |
| Премії медичної та стоматологічної страховки | | \$ |
| Незастраховані витрати на медичні, стоматологічні послуги, послуги ортодонта та окуліста | | \$ |
| Інші незастраховані витрати на лікування (перелічити): | | \$ |
| Загальні щомісячні витрати на лікування (сума трьох рядків, вказаних вище) | | \$ |
| H. Особисті витрати | | |
| Догляд за волоссям / Догляд за собою | | \$ |
| Навчання | | \$ |
| Книги, газети та журнали | | \$ |
| Інше (перелічити): | | \$ |
| 5. Загальні щомісячні особисті витрати (сума трьох рядків, вказаних вище) | | \$ |
| I. Інші поточні щомісячні витрати та платежі | | |
| КОМУ ВИПЛАЧЕНО | ЗАЛИШОК ЗАБОРГОВАНОСТІ | МІСЯЧНИЙ БАЛАНС |
| 1. | \$ | \$ |
| 2. | \$ | \$ |
| 3. | \$ | \$ |
| 4. | \$ | \$ |
| 5. | \$ | \$ |
| 6. | \$ | \$ |
| 7. | \$ | \$ |
| 8. | \$ | \$ |
| 9. | \$ | \$ |
| 10. | \$ | \$ |
| 11. Сума інших поточних щомісячних витрат та платежів (сума рядків 1 – 10) | \$ | \$ |

IV. Інформація щодо щомісячних витрат (Продовження)**J. Загальні щомісячні витрати**

Сума всіх рядків розділів А – І Інформації щодо щомісячних витрат

\$

Моя частка в загальних щомісячних витрат з вказаного вище рядку менше будь-яких внесків / допомоги від будь-кого, окрім мого чоловіка/дружини)

\$

V. Заява

Я заявляю під страхом покарання за надання неправдивих свідчень згідно з законами штату Вашингтон, що інформація, яку я надав(-ла) у цій формі, є правдивою, вірною та повною, наскільки мені це відомо. Я розумію, що штат Вашингтон може звинуватити мене в шахрайстві за умисне надання недостовірної інформації або неправдивих свідчень. Я розумію, що мої заяви підлягають перевірці Департаментом охорони здоров'я та соціального забезпечення.

ПІДПИС

ДАТА