

Estado contable

¿Recibe lo siguiente?

- SSI SSDI Medicaid
 Dinero en efectivo de DSHS o asistencia alimentaria

Si recibe alguna de las prestaciones anteriores, solo deberá completar las secciones E y G de este formulario.

La necesidad se determinará según lo siguiente:

- Unidad familiar Cliente

NOMBRE DEL CLIENTE

El objetivo de este formulario es registrar su estado financiero. Su contribución al costo de su Individualized Plan for Employment (Plan Individualizado de Empleo, IPE) se determinará en función de sus ingresos y de los fondos procedentes de su patrimonio real y personal. La Division of Vocational Rehabilitation (División de Rehabilitación Vocacional, DVR) utilizará esta información para calcular su capacidad de contribuir financieramente a los costos de su IPE. Deberá completar este formulario junto con un representante de la DVR según la información que proporcione usted, su padre o madre, tutor u otro representante, si corresponde. Sus ingresos, activos y pasivos se calcularán sobre la base de su unidad familiar o de usted como cliente individual en función de su estado de declaración de impuestos federales sobre la renta durante el último año fiscal.

A. Modified Adjusted Gross Income (Renta bruta ajustada y modificada) (estado contable simplificado)

Complete si tiene su declaración de impuestos más reciente:		Complete si NO tiene su declaración de impuestos más reciente:	
1. Renta bruta ajustada (Formulario 1040: línea 8b)	\$	1. Salario, propinas y salario del mes más reciente (previo a la deducción de impuestos)	\$
2. Intereses exentos de impuestos (Formulario 1040: línea 2a) y jubilación no imponible de la Seguridad Social o beneficios pagables a los familiares de una persona fallecida (línea 5a del Formulario 1040)	+	2. Rentas de trabajo por cuenta propia (después de pagar los gastos relacionados con el negocio)	+
		3. Toda otra renta percibida (p. ej.: beneficios por desempleo, pensión alimenticia, beneficios de jubilación, rentas por intereses, ganancias de capital, dividendos)	+
Modified Adjusted Gross Income (Renta bruta ajustada y modificada) (por año)	= \$	4. Cualquier deducción (p. ej.: pensión alimenticia pagada, contribuciones a una cuenta HSA)	- \$
Si su Modified Adjusted Gross Income (Renta bruta ajustada y modificada, MAGI) no supera los límites de la tabla que figura a continuación, su consejero de Vocational Rehabilitation (Rehabilitación vocacional, VR) verificará la información proporcionada y renunciará a los requisitos de participación financiera en el costo de su IPE.		Modified Adjusted Gross Income (Renta bruta ajustada y modificada) (por mes)	
		= \$	

Renta	Personas	Familia de 2	Familia de 3	Familia de 4	Familia de 5	Familia de 6	Familia de 7	Familia de 8
Por mes	\$3,791	\$5,127	\$6,464	\$7,800	\$9,136	\$10,473	\$11,809	\$13,146
Anual	\$45,490	\$61,526	\$77,563	\$93,600	\$109,637	\$125,674	\$141,710	\$157,747

NOTA: Proceda directamente a la **sección G** de este formulario si su MAGI **no supera los valores** mencionados arriba.

B. Renta mensual de todas las fuentes (complete solo si la MAGI supera los valores que aparecen en la tabla de la sección A)

1. Salarios, propinas, o salarios después de la deducción de impuestos (o renta de trabajo por cuenta propia luego de deducidos los gastos)	\$
2. Indemnizaciones, seguros, pensiones, rentas mensuales de fideicomisos o dividendos, intereses o rentas	+
3. Pensión alimenticia o manutención de los hijos	+
4. ¿Algún otro ingreso?	+
B. Renta mensual total	
	= \$

C. Bienes inmuebles y personales (complete solo si la MAGI supera los valores que aparecen en la tabla de la sección A)			
1. Cuenta corriente / ahorro (total): adjunte los estados mensuales actuales	\$		
2. Vehículos automotores: excluya un vehículo por miembro del hogar si el vehículo es necesario para el trabajo, la escuela o los servicios de VR/IL; especifique los vehículos y su valor	A.	+ \$	
	B.	+ \$	
3. Vehículos recreativos (barcos, remolques, motocicletas, etc.): especifique los vehículos y su valor		+ \$	
		+ \$	
4. Bienes inmuebles y estructuras: excluya su residencia principal	+ \$		
5. Acciones, bonos, fideicomisos, certificados de depósito, etc., que no producen rentas contabilizadas anteriormente	+ \$		
Exención de los bienes de base	- \$	5,000	
C. Bienes inmuebles y personales totales	= \$		
D. Pasivos mensuales reales (complete solo si la MAGI supera los valores que aparecen en la tabla de la sección A)			
1. Pago de renta o hipotecas	\$		
2. Impuestos sobre bienes inmuebles	+ \$		
3. Servicios públicos, teléfono, etc.	+ \$		
4. Pago de seguros: especifique tipo y monto	Seguro de vehículo	+ \$	
		+ \$	
		+ \$	
5. Cuentas de crédito o cargas: especifique	Acreeedor/préstamo	Deuda total	Mínimo mensual
		\$	+ \$
		\$	+ \$
		\$	+ \$
6. Pago de préstamos: especifique	Acreeedor/préstamo	Deuda total	Mínimo mensual
		\$	+ \$
		\$	+ \$
		\$	+ \$
7. Gastos médicos: especifique	Prestador	Deuda total	Mínimo mensual
		\$	+ \$
		\$	+ \$
		\$	+ \$
8. Gastos continuos por discapacidad (asistente, fisioterapia, recetas, equipos, etc.)	+ \$		
9. Gastos de transporte	+ \$		
10. Licencias de vehículo (por mes)	+ \$		
11. Alimentos	+ \$		
12. Vestimenta	+ \$		
13. Otros gastos; especifique		+ \$	
		+ \$	
D. Pasivos mensuales reales	= \$		

E. Dinero en efectivo de DSHS o asistencia alimentaria / SSI / SSDI Verificación de Medicaid / Exención de estado de cuenta bancaria (personal de la DVR)		
1. He verificado que el cliente está recibiendo asistencia alimentaria o en efectivo del DSHS, SSI, SSDI o Medicaid. Adjunto la documentación correspondiente al estado contable.		INICIALES VRC
2. He renunciado a la exigencia de estados bancarios y otra información financiera.		INICIALES VRC
F. Cálculo de la contribución del cliente al Individualized Plan for Employment (Plan Individualizado de Empleo) (personal de la DVR)		
Escriba la cantidad estimada de meses en IPE		
1. Renta mensual total (de la sección B)	B	\$
2. Bienes inmuebles y personales totales (de la sección C) dividido por la cantidad de meses en el plan (para bienes mensuales)	C dividido por cantidad de meses en IPE	+ \$
3. Recursos mensuales totales	Línea 1 más línea 2	= \$
4. Total de pasivos mensuales totales (de la sección D)	D	- \$
5. Total de fondos mensuales disponible para IPE	Línea 3 menos línea 4	= \$
6. Total de fondos disponibles para los servicios del IPE	Línea 5 multiplicado por la cantidad de meses en el IPE	= \$
Si los fondos disponibles para el IPE mencionados en los puntos 5 y 6 son superiores a cero, esta cantidad y los servicios se registrarán en el IPE del cliente (en las secciones que identifican los "costos asociados con el plan").		
G. Declaración del cliente		
<p>Entiendo que, según el Washington Administrative Code (Código Administrativo de Washington, WAC), si proporciono la verificación de que recibo prestaciones del SSI, SSDI, Medicaid, o asistencia de renta del DSHS, no tengo la obligación de pagar ninguna parte de los servicios de VR que recibo. Puedo decidir pagar algunos de los servicios si así lo deseo, pero no tengo la obligación de hacerlo.</p> <p>Entiendo que esta información es confidencial y que solo se la utilizará para lograr el objetivo de mi IPE de conformidad con el capítulo 388-891A del WAC.</p> <p>Juro bajo sanción por perjurio que toda la información proporcionada en este formulario es veraz y constituye una declaración completa de mis rentas, activos y pasivos. Entiendo que es mi responsabilidad informar de forma inmediata a la DVR acerca de cualquier cambio en mi estado financiero. También entiendo que la DVR puede rechazar o suspender los servicios si la información que proporcioné resultó ser imprecisa o incompleta.</p> <p>Se incluye una copia de la declaración de impuestos más reciente que he presentado o en la que se me haya reclamado como dependiente, si está disponible y es apropiado, y se ha proporcionado una copia de mis estados de cuenta de ahorros y cuenta corriente actuales, o se ha renunciado a tal exigencia, si corresponde. Proporcionaré documentos adicionales de mi estado financiero si me lo solicitan.</p> <p>Entiendo que es requisito de la DVR registrar mi contribución al costo de los servicios de mi IPE en función de mi estado financiero.</p>		
FIRMA DEL CLIENTE/TUTOR (SI CORRESPONDE)		FECHA
H. Declaración del consejero		
<p>He completado de forma precisa este formulario en función de la información proporcionada por el cliente, tutor u otro representante. He informado al cliente, padre o madre, tutor u otro representante acerca del objetivo de este formulario, de su responsabilidad de informar de forma inmediata sobre cualquier cambio en su estado financiero y de cumplir con toda solicitud de la DVR de proporcionar documentos adicionales sobre su situación financiera. También he informado al cliente, padre o madre, tutor u otro representante de que es requisito de la DVR registrar su contribución al costo del IPE del cliente en función de su situación financiera.</p>		
FIRMA DEL CONSEJERO	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA