

PROGRAMA PARA UNA VIDA INDEPENDIENTE REPORTE CONFIDENCIAL DE CIRCUNSTANCIAS FINANCIERAS

Para que usted y su coordinador determinen la necesidad de sus servicios financieros puestos en el plan de la Vida Independiente, la siguiente información financiera es requerida. (Nota: Menores viviendo con un padre debe incluir el ingreso del Pariente). En el caso de matrimonios incluir el ingreso de su cónyuge incluyendo formularios de impuestos, talonarios de cheques, documentos de jubilación y cualquier otra verificación que puede ser requerida.

_____ / _____

Nombre Completo Numero del Seguro Social Edad

[] Decido no completar el formulario financiero. Haciendo esto, entiendo que no seré elegible para recibir pagos de servicios de asistencia técnica para una Vida Independiente.

Número de individuos en el núcleo familiar _____ (Incluya a todos los miembros del hogar incluido como dependientes en formas de impuesto federal).

Número de dependientes 18 o mas años de edad _____

Número de dependientes menores _____

<p>1. Ingreso <i>mensual</i> no ganado de SSI \$ _____</p> <p>2. Ingreso Ganado <i>mensual</i></p> <p style="padding-left: 20px;">Su Propio \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Padres (Si es menor) \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Ingreso del Cónyuge \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Ingreso Total Ganado \$ _____</p> <p>3. Deducción Permitida del</p> <p style="padding-left: 20px;">Ingreso Total Ganado</p> <p style="padding-left: 20px;">Menos el Impuesto del Estado y Federal \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Menos el FICA \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Menos la Jubilación que usted paga \$ _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Ingreso Total Ajustado \$ _____</p>	<p>4. Otro Ingreso <i>mensual</i></p> <p style="padding-left: 20px;">Pensión para la manutención de un menor \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Pensión Veterana \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Interés o Ingreso Dividido \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Jubilación del Seguro Social \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Compensación del Trabajador \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">SSDI \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Otro Ingreso \$ _____</p> <p>5. Ingreso Total Mensual \$ _____</p> <p>6. Bienes Líquidos \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Cuentas de Ahorro \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Otros Bienes Líquidos \$ _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Total de los Bienes Líquidos \$ _____</p>
---	---

GASTOS MENSUALES PERMITIDOS QUE USTED PAGA

Pagos de apoyo ordenados de la corte, ejemplo alimonia y apoyo del niño para niños que no son contados como miembros de la familia enfrente de este formulario (multas, restitucion, que no son pagos, y otros pagos que no son pago del apoyo que no son permitidos).

\$ _____

Gastos mensuales médicos y dentales que no son reembolsados \$ _____

Otros gastos mensuales de incapacidad que no son reembolsados

Servicios de asistencia personal \$ _____

Gastos de transporte en cuanto la incapacidad \$ _____

Reparaciones de equipos de prótesis, asistencia de movilidad y equipo adaptado \$ _____

Costos mensuales de la Terapia \$ _____

Costos mensuales de cualquier servicio relacionado con incapacidad para el esposo o dependiente \$ _____

Otro mensual – Favor mencionar \$ _____

7. Gastos Totales Autorizados \$ _____

Yo certifico qua la información contenida en este formulario es verdadera y correcta para el mejor de mis conocimientos. Información incorrecta o falsa podria causar la negación de los Servicios pagados de la Vida Independiente y condicionados en la necesidad financiera. *Notificara inmediatamente El Centro de la Vida Independiente si hay cambios en mis circunstancias financieras.*

Firma del Consumidor/Representante

Fecha