

## Plan de presupuesto mensual para la Vida Independiente

<b>Nombre del joven:</b>	<b>Fecha en que se completó:</b>
<b>Adjuntar al PPS 7000 Plan de autosuficiencia. Deberá ser revisado, actualizado y aprobado en cada plan del caso o cuando cambien las circunstancias.</b>	

A. Ingresos y recursos		B. Gastos <i>*Sólo incluya la parte que el joven es responsable de pagar</i>	
<b>Empleo:</b>	Salario bruto / mes	\$	
	Impuestos federales y estatales y otras retenciones	\$	
	Salario neto / mes	\$	
<b>¿Ingresos o apoyo financiero adicionales?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso de que sí, la cantidad recibida mensualmente: <i>(Ej. Padres/abuelos, amigo/a)</i>	\$	
	<b>Asistencia para la manutención de los niños:</b> <input type="checkbox"/> No corresponde	\$	
<b>Asistencia para alimentos:</b> <input type="checkbox"/> No corresponde	\$		
<b>Asistencia en efectivo:</b> <input type="checkbox"/> No corresponde	\$		
<b>SSI/SSDI:</b> <input type="checkbox"/> No corresponde	\$		
<b>Ayuda a la vivienda / Vale de vivienda:</b> <i>(Plan 8 u otra ayuda)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<b>Asistencia para el cuidado de los niños:</b> <input type="checkbox"/> No corresponde	\$		
<b>Total de ingresos y recursos</b>			
		<b>Vivienda:</b>	
		Seguro de alquiler:	\$
		Alquiler/Hipoteca:	\$
		Otro (especificar):	\$
		<b>Total de gastos de vivienda:</b>	\$
		<b>Gastos de subsistencia:</b>	
		Electricidad:	\$
		Gas / Propano:	\$
		Agua / Alcantarillado	\$
		Cable / Internet:	\$
		Basura:	\$
		Comida:	\$
		Celular:	\$
		<b>Total de gastos de subsistencia:</b>	\$
		<b>Cuidado personal (Ropa, higiene, pañales):</b>	\$
		<b>Centro de cuidado infantil:</b>	\$
		<b>Manutención de niños:</b>	\$
		<b>Transporte: (1/12 para gastos anuales*)</b>	
		Matrícula, impuestos*:	\$
		Reparaciones*:	\$
		Gasolina:	\$
		Seguro de automóvil:	\$
		Pase de autobús, viajes/otros:	\$
		<b>Total de gastos de transporte:</b>	\$
		<i>*Gastos anuales/planificados divididos por 12 para obtener la cantidad mensual del presupuesto.</i>	
		<b>Atención a la salud (incluya las primas, los copagos, medicamentos recetados, etc.):</b>	
		\$	
		<b>Deudas (pago mensual):</b>	
		Día de pago/Título:	\$
		Auto:	\$
		Escuela:	\$
		Tarjeta de crédito:	\$
		Otro (especificar):	\$
		<b>Total de deudas:</b>	\$
		<b>Recreación:</b>	\$
		<b>Ahorros:</b>	\$
		<b>Otro (especificar):</b>	\$

## Plan de presupuesto mensual para la Vida Independiente

<b>mensuales antes de la ayuda financiera de IL:</b>		\$			\$
		\$		<b>Total de gastos mensuales:</b>	\$
<b>Gastos para comenzar solicitados:</b>	<b>Fecha de utilización:</b>	<b>Cantidad anterior utilizada:</b>			
Reparación de automóvil (8126)				\$	
Artículos del hogar (8122)				\$	
Depósito del alquiler (8100)				\$	
<b>Total de gastos para comenzar utilizados:</b>				<b>\$</b>	

**Al firmar abajo, acepto:**

- Proporcionar copias de los recibos, presupuestos, contratos de alquiler y otra documentación que solicite mi Coordinador de Vida Independiente para ayudar a la prestación de mi ayuda mensual.
- Cumplir con mi plan de educación/empleo. Si no cumplo con mi plan, mi apoyo mensual proporcionado por el Programa de Vida Independiente del DCF terminará y no podré recibir fondos de este programa.

<b>Firma del joven:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del coordinador de IL del DCF:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>¿Se entregó una copia de este presupuesto mensual completado al joven?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Fecha:</b>	

*(El apoyo financiero proporcionado por el Programa IL del DCF debe documentarse en el SSIS con los recibos de las compras en el expediente del caso IL).*

