

УПРАВЛІННЯ У СПРАВАХ БІЖЕНЦІВ ШТАТУ ПІВНІЧНА КАРОЛІНА
ПЛАН СІМЕЙНОГО САМОЗАБЕЗПЕЧЕННЯ (DSS-6230), ЧАСТИНА В

Ім'я клієнта:

Імміграційний номер:

Кількість осіб, включених у справу:

ЩОМІСЯЧНИЙ ДОХІД	Дохід 1		\$
	Дохід 2		\$
	Дохід 3		\$
	Дохід 4		\$
	Загальний щомісячний дохід:		
ЩОМІСЯЧНІ ПІЛЬГИ	Грошова допомога	(Програма грошової допомоги біженцям (RCA), Програма надання тимчасової підтримки нужденним сім'ям (TANF), Програма надання додаткової грошової допомоги (MG), Програма додаткового соціального доходу (SSI) тощо.	\$
	Програма додаткової продовольчої підтримки (SNAP)		\$
	Інші пільги	(Спеціальна програма додаткового харчування для жінок, немовлят і дітей (WIC), Соціальна допомога на випадок втрати працездатності (SSDI) тощо)	\$
	Інше		\$
	Загальна щомісячна сума допомоги:		
ЩОМІСЯЧНІ ВИТРАТИ	Оренда/Іпотека		\$
	Газ		\$
	Електроенергія		\$
	Вода		\$
	Кабельне телебачення/Інтернет		\$
	Телефон		\$
	Продовольчі товари		\$
	Предмети особистої гігієни	(мило, мийні засоби тощо)	\$
	Транспортування	(оплата автобуса, автомобіля, страхування тощо)	\$
	Кредит на поїздку		\$
	Страхування	(здоров'я, авто, оренда тощо)	\$
	Заощадження		\$
	Інше		\$
	Інше		\$
	Інше		\$
Інше		\$	
Загальні щомісячні витрати:			\$
Очікуваний чистий дохід	(Загальна сума доходу + загальна сума пільг) – Загальні витрати = Очікувана загальна сума чистого доходу сім'ї		

УПРАВЛІННЯ У СПРАВАХ БІЖЕНЦІВ ШТАТУ ПІВНІЧНА КАРОЛІНА
ПЛАН СІМЕЙНОГО САМОЗАБЕЗПЕЧЕННЯ (DSS-6230), ЧАСТИНА В

Зважаючи на середньомісячну заробітну плату та вартість життя у вашому місті, чи вважається, що ця сім'я забезпечує себе?

ТАК НІ

Якщо ні, складіть план(-и) працевлаштування для _____

Якщо так, наведіть основну причину для надання послуг (наприклад, перекваліфікація, підвищення кваліфікації, потреба в інших послугах із працевлаштування тощо): _____

Працівник агентства _____

	Ім'я	Підпис	Дата
--	------	--------	------

Клієнт

	Ім'я	Підпис	Дата
--	------	--------	------

Перекладач

	Ім'я	Підпис	Дата
--	------	--------	------

ІНСТРУКЦІЇ:

Метою цієї форми є надання інструмента, за допомогою якого особа, яка надає послуги біженцям, може допомогти клієнту у визначенні суми доходу, необхідного для того, щоб клієнт був економічно самодостатнім, й обсягу ресурсів, доступних клієнту, коли він/вона буде рухатися до економічної самодостатності. Співробітник агентства повинен заповнити цю форму перед початком надання послуг. Форму слід заповнювати для кожного клієнта/домогосподарства, якому надаються послуги з працевлаштування. У разі надання послуг із працевлаштування кільком членам однієї сім'ї, витрати яких однакові, інформацію про загальну суму бюджету має вносити голова сім'ї, але копія заповненої форми може зберігатися в справах інших членів сім'ї.

Ім'я клієнта: Впишіть ім'я клієнта, для якого ви складаєте план.

Іммігрантський номер: Впишіть Іммігрантський номер клієнта, для якого ви складаєте план.

Кількість осіб, включених у справу: вкажіть кількість осіб, включених у справу, як визначено в частині А DSS-6230. Такі особи можуть включати утриманців або будь-кого іншого, за кого клієнт несе фінансову відповідальність.

ОЧІКУВАНИЙ ЩОМІСЯЧНИЙ ДОХІД:

Впишіть розмір очікуваної або фактичної щомісячної заробітної плати кожного працездатного дорослого члена домогосподарства у відповідних місцях. Сюди може входити дохід від самозайнятості, як-от додатковий дохід, який домогосподарство отримує через персональний бізнес (укладка волосся, догляд за дітьми вдома тощо). Додайте загальну суму, щоб визначити загальний щомісячний дохід.

ОЧІКУВАНІ ЩОМІСЯЧНІ ПІЛЬГИ:

Оцініть загальну щомісячну суму пільг, на які має право домогосподарство, у графі поруч із типом допомоги. Додайте загальну суму, щоб визначити загальну щомісячну суму пільг.

Грошова допомога: може включати Програму грошової допомоги біженцям (RCA), Програму надання тимчасової підтримки нужденним сім'ям (TANF), Програму додаткового соціального доходу (SSI) тощо.

Програма додаткової продовольчої підтримки (SNAP): якщо клієнт/домогосподарство отримує SNAP, тобто талони на харчування, вкажіть щомісячну суму.

УПРАВЛІННЯ У СПРАВАХ БІЖЕНЦІВ ШТАТУ ПІВНІЧНА КАРОЛІНА
ПЛАН СІМЕЙНОГО САМОЗАБЕЗПЕЧЕННЯ (DSS-6230), ЧАСТИНА В

Інші переваги: Вкажіть, чи отримує клієнт/домогосподарство будь-яку іншу форму допомоги, наприклад, Спеціальна програма додаткового харчування для жінок, немовлят і дітей (WIC), Соціальна допомога на випадок втрати працездатності (SSDI) тощо.

ОЧІКУВАНІ ЩОМІСЯЧНІ ВИТРАТИ:

Оцініть загальні щомісячні витрати клієнта/домогосподарства. Якщо клієнт ділить витрати, наприклад, із сусідом по кімнаті, вкажіть суму, яку сплачує клієнт. Якщо клієнт не впевнений щодо точних сум, проведіть ретельне оцінювання суми. Якщо клієнт або домогосподарство не несе відповідальності за/не має певних витрат, вкажіть «Н/З». Додайте загальну суму, щоб визначити загальну суму щомісячних витрат.

Орендна плата/іпотека: Включіть суму орендної плати, яку домогосподарство має сплачувати щомісяця.

Газ/нафта: Вкажіть приблизну суму, яку клієнт платитиме за газ/нафту щомісяця.

Електроенергія: Вкажіть приблизну суму, яку клієнт платитиме за електроенергію щомісяця.

Вода: Вкажіть приблизну суму (за наявності), яку клієнт платитиме за воду щомісяця.

Кабельне телебачення/Інтернет: Вкажіть приблизну суму (за наявності), яку клієнт платитиме за кабельне телебачення та/або Інтернет щомісяця.

Телефон: Вкажіть приблизну суму, яку клієнт платитиме за телефонні послуги щомісяця.

Продовольчі товари: Оцініть суму, яку клієнт/домогосподарство платитиме за їжу щомісяця.

Особиста гігієна: Оцініть суму, яку клієнт/домогосподарство платитиме за предмети особистої гігієни, як-от мило, лосьйони, мийні засоби тощо, щомісяця.

Транспорт: Оцініть суму, яку потребуватиме клієнт/домогосподарство на послуги транспорту щомісяця. Якщо клієнт(-и) користуються системою громадського транспорту, включіть орієнтовну вартість автобусних проїзних. Якщо клієнт(-и) спільно використовують автомобіль, вкажіть суму, яку кожен із членів сім'ї сплачує щомісяця за спільне використання автомобіля для того, щоб дістатися до місця призначення. Якщо в клієнта(-ів) є автомобіль, включіть приблизну щомісячну суму на бензин, плату за ліцензію та техогляд, а також потенційні витрати на ремонт.

Кредит на поїздку: Включіть суму будь-якої неоплаченої позики на поїздку, яку сім'я повинна погасити.
Впишіть суму виплат для погашення кредиту для кожного члена сім'ї.

Страховання: Оцініть суму, яку клієнт/домогосподарство повинні будуть заплатити за будь-яку форму страхування, яка їм може знадобитися. Приклади можуть включати: Медичне страхування, страхування власників житла чи орендарів, страхування автомобіля тощо.

Заощадження: Оцініть суму, яку клієнт/домогосподарство хоче заощадити щомісяця.

Інше: Оскільки ситуація кожного клієнта є унікальною, є кілька рядків для додаткових витрат, які можуть не входити в інші категорії. Якщо можливо, напишіть тип витрат і щомісячну очікувану суму витрат для кожного клієнта у відповідних рядках. Приклади можуть включати:

Догляд за дітьми: Оцініть суму (за наявності), яку клієнт платить за догляд за дітьми щомісяця.

УПРАВЛІННЯ У СПРАВАХ БІЖЕНЦІВ ШТАТУ ПІВНІЧНА КАРОЛІНА
ПЛАН СІМЕЙНОГО САМОЗАБЕЗПЕЧЕННЯ (DSS-6230), ЧАСТИНА В

Одяг: Оцініть суму, яку клієнт витрачає на одяг щомісяця.

Освіта: Оцініть суму, яку клієнт/домогосподарство хоче щомісяця відкладати на освіту.

ОЧІКУВАНИЙ ЧИСТИЙ ДОХІД:

Обчисліть різницю між доходом (дохід + пільги) і витратами, щоб оцінити чистий дохід клієнта/домогосподарства. З огляду на цю цифру, а також середню заробітну плату та середню вартість життя у вашому регіоні, чи вважається, що наразі сім'я забезпечує себе? Будь ласка, вкажіть так чи ні.

Якщо ні, будь ласка, вкажіть, для кого в такому випадку ви складатимете план працевлаштування (DSS-6232). Якщо так, надайте коротку причину включення клієнта до плану працевлаштування (DSS-6232). Причини можуть включати підвищення кваліфікації, перекваліфікацію/переатестацію тощо.

Працівники агентства: Форма має містити підпис і дату працівника агентства, який разом із клієнтом складає план сімейного самозабезпечення.

Клієнт: Клієнт має підписати форму та поставити дату, які вказуватимуть на те, що він/вона переглянув, зрозумів і погоджується зі складеним планом сімейного самозабезпечення, як зазначено.

Перекладач: Перекладач має підписати форму та поставити дату. Якщо перекладач не потрібен, вкажіть «Н/Д».

**Ця форма заповнюється разом із Планом професійно-технічної підготовки (DSS-6228)
та/або Планом працевлаштування (DSS-6232) працівником Агентства.**