

APÉNDICE H

**PLAN DE AUTOSUFICIENCIA FAMILIAR**

Nombre del caso \_\_\_\_\_

**GASTOS MENSUALES ESTIMADOS DE LA FAMILIA**

Calcule la cantidad estimada de dinero necesitada por la familia para pagar todos los gastos mensuales. NO cuente RCA\* o WFFA\*\* como ingreso.

Alquiler (renta)		_____
Servicios públicos	gas	_____
	electricidad	_____
	agua	_____
	teléfono	_____
Alimentos		_____
Cuidado del niño		_____
Ropa		_____
Transporte	pase autobús	_____
	“car pool”	_____
	pago de auto	_____
	seguro	_____
	mantenimiento	_____
Seguros	salud	_____
	vida	_____
	Arrendatarios	_____
Préstamo para viaje		_____
Ahorros		_____
Varios	educación	_____
	Dinero para enviar a casa	_____
<b>TOTAL</b>		_____
Cantidad de RCA a la que usted tiene derecho o recibe		_____

### RECURSOS FAMILIARES

Número de adultos que pueden trabajar \_\_\_\_\_

Tomando como base los salarios mensuales promedio de trabajos de nivel básico para refugiados en su ciudad, estime cuántas personas que ganen salarios se necesitan para satisfacer los gastos mensuales estimados

\_\_\_\_\_

Salarios \_\_\_\_\_

Ingreso por negocio personal \_\_\_\_\_

Ingreso del Seguro Social \_\_\_\_\_

Pensión de divorcio \_\_\_\_\_

Sustento de menores \_\_\_\_\_

**TOTAL** \_\_\_\_\_

Los planes de empleo serán completados para:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Manejador del caso \_\_\_\_\_ Firma

Jefe de familia \_\_\_\_\_ Firma

Fecha \_\_\_\_\_

Revise trimestralmente el plan con el cliente. Indique con diferente color de tinta cualquier cambio hecho al Plan. El Manejador del caso y el cliente deben escribir sus iniciales en los cambios.

Fecha de revisión \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Fecha de revisión \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Fecha de revisión \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_