

Zestawienie przychodów i kosztów (Wypełnić, jeśli podstawą Państwa wniosku jest opieki.)

Należy używać tylko czarnego tuszu.

Dane osobowe

Imię i nazwisko _____ Data _____
Adres _____ Numer telefonu w ciągu dnia _____
_____ Numer ubezpieczenia społecznego _____

Nr identyfikacyjny sprawy i hrabstwo w stanie Nowy Jork dla wszystkich spraw dotyczących wsparcia dla dzieci, które są teraz pod Pana(-i) opieką:

Nr identyfikacyjny _____ Hrabstwo _____ Nr identyfikacyjny _____ Hrabstwo _____
Nr identyfikacyjny _____ Hrabstwo _____ Nr identyfikacyjny _____ Hrabstwo _____

Kopie tego formularza należy przesać do każdego hrabstwa, które prosi się o kontrolę dodatkowej kwoty.

Informacje dotyczące dochodów

Roczny dochód brutto: _____ USD

W związku małżeńskim Tak Nie Jeśli tak, proszę wymienić roczny dochód brutto współmałżonka: _____ USD

Informacje o wydatkach rodziny

Kwotę tygodniowych wydatków należy pomnożyć przez 4,3, aby uzyskać kwotę w skali miesiąca. Wydatki ujęte w pozycji „Inne” powinny być wyszczególnione osobno z odrębnymi kwotami wyrażonymi w USD. W razie potrzeby należy dołączyć dodatkowe arkusze. Jeśli to możliwe, prosimy o dostarczenie dokumentów potwierdzających wydatki, np. zrealizowany czek za czynsz lub kredyt hipoteczny, rachunek za media lub paragony. **Należy podać wydatki w skali miesiąca:**

- Mieszkanie: czynsz, hipoteka, podatki od nieruchomości, opłaty eksploatacyjne, opłaty administracyjne, koszty utrzymania mieszkania spółdzielczego 1. Łącznie _____ USD
- Media: olej opałowy, gaz, prąd, telefon, woda 2. Łącznie _____ USD
- Żywność: artykuły spożywcze, obiady szkolne 3. Łącznie _____ USD
- Świadczenia na dzieci, alimenty i świadczenia alimentacyjne 4. Łącznie _____ USD
- Odzież 5. Łączna _____ USD
- Pranie: pralnia, pralnia chemiczna 6. Łącznie _____ USD
- Ubezpieczenia: na życie, mieszkaniowe/lokatorskie, od ognia, kradzieży i odpowiedzialności cywilnej, samochodowe, polisa ubezpieczenie medyczne, parasolowa, ubezpieczenie stomatologiczne, ubezpieczenie okulistyczne, ubezpieczenie na okoliczność konieczności wykupu leków na receptę, ubezpieczenie na wypadek niepełnosprawności 7. Łącznie _____ USD
- Nier refundowane wydatki zdrowotne: lekarskie, stomatologiczne, okulistyczne, recepty 8. Łącznie _____ USD
- Motoryzacja: raty leasingowe lub kredytowe, paliwo, opłaty parkingowe i drogowe
Rok produkcji: _____ Marka pojazdu: _____
Do użytku prywatnego: _____ Do użytku służbowego: _____
Rok produkcji: _____ Marka pojazdu: _____
Do użytku prywatnego: _____ Do użytku służbowego: _____
Rok produkcji: _____ Marka pojazdu: _____
Do użytku prywatnego: _____ Do użytku służbowego: _____ 9. Łącznie _____ USD
- Podatki dochodowe: Federalne, stanowe, miejskie, ubezpieczenie społeczne i Medicare 10. Łącznie _____ USD
- Różne: składki związkowe i organizacyjne, spłaty pożyczek, nier refundowane koszty działalności gospodarczej

11. Łącznie _____USD

12. Inne: proszę wymienić

12. Łącznie _____USD

1. _____ USD
2. _____ USD
3. _____ USD
4. _____ USD

ŁĄCZNE WYDATKI: _____USD

Statement of Income and Expenses-PO 08/22

Tylko do celów informacyjnych