

PLAN DE GASTOS

Nombre del Individuo: _____ Fecha: _____

El plan de gastos tiene que llenarse para las personas para quienes DES/DDD es el beneficiario representante y/o para las personas que viven en establecimientos residenciales con licencia. Si se necesita seguimiento, identifique la(s) acción(es) necesaria(s) y la(s) persona(s) responsable(s) en el *Plan de Acción* (DDD-0219A-S).

FUENTES DE INGRESOS			
Fuente	Cantidad	Frecuencia	Beneficiario
SSI <i>Nota: No liste su Núm. de Seguro Social</i>	\$		
SSA <i>Nota: No liste su Núm. de Seguro Social</i>	\$		
Ganancias	\$		
Otro:	\$		
Otro:	\$		
ACTIVOS			
Fondo o Propiedad	Valor o Saldo	Desde/Fecha	Guardián
Cuenta con DES	\$		
Cuenta con un hogar comunitario	\$		
Cuenta bancaria personal	\$		
Otro:	\$		
Otro:	\$		
GASTOS			
Tipo de gasto	Cantidad	Frecuencia	Comentarios
Renta o Alojamiento y comida	\$		
Dinero para gastos personales	\$		
Ropa	\$		
Ocasiones especiales	\$		
Médicos o Dentales	\$		
Otro:	\$		
Otro:	\$		
Otro:	\$		
Otro:	\$		
Otro:	\$		
Otro:	\$		
Otro:	\$		

¿Es la persona responsable de su propio dinero? Sí No

¿El tutor o beneficiario desea recibir una copia del libro contable o los recibos financieros de la persona? Sí No

Si contesto "Sí", ¿con qué frecuencia? _____

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el Centro de servicio de atención al cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office