



FORMULARIO DE VERIFICACION DE AUTOEMPLEO

Nombre Legal: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Negocio: _____

Dirección del Negocio (si es diferente del correo): _____

Número de Teléfono del Negocio: _____

Instrucciones: El autoempleo se define si se aplica alguno de los siguientes: el paciente realiza un oficio o negocio como propietario único o contratista independiente, es miembro de una sociedad que lleva a cabo un oficio o negocio o de lo contrario está haciendo negocios por sí mismo (incluido un negocio de medio tiempo) Este formulario es para registrar las ganancias del trabajo por cuenta propia después de deducir los gastos relacionados con el negocio. Use este formulario cuando el 1040 no esté disponible.

Ingresos de Autoempleo de los últimos 90 días:

<u>Fecha de Recibimiento</u>	<u>Fuente:</u> (Incluir nombre del cliente o trabajo)	<u>Cantidad Recibida</u>

Gastos de Autoempleo de los últimos 90 días:

Los gastos incluyen, pero no se limitan a, el costo de mano de obra, materiales, suministros y vehículos, etc.

<u>Fecha</u>	<u>Tipos de Gastos Relacionados con el Negocio:</u>	<u>Cantidad Pagada</u>

Beneficio Neto (Ingresos menos gastos)

<u>Cantidad</u>

Entiendo que Rockbridge Area Health Center puede contactarme ara verificar esta información. Además, entiendo que proporciona falsa información o que posteriormente sea determinada como falsa dará como resultado que se revoque la elegibilidad de la solicitud de Descuento De Tarifa Variable SDTV y el saldo total de la(s) cuenta(s) se restablecerá y tendrá que ser pagada inmediatamente. Esta información es confidencial y solo se utilizará para determinar su legibilidad para el Descuento de la Tarifa Variable.

Firma del Solicitante:	Fecha:
------------------------	--------