

Declaración de ingresos de trabajo por cuenta propia

Este formulario sirve para solicitar ayuda con la atención médica a través del Programa de Servicios de Atención Médica Primaria, el Programa de Pago por Servicios del Título V o el Programa de Servicios para la Epilepsia.

Nombre del caso	Núm. de caso
Nombre de la persona que tiene ingresos por trabajo por cuenta propia:	Número de meses que abarca esta declaración de ingresos:
Describa lo que hizo la persona para ganar este dinero:	

Haga una lista de los gastos e ingresos del negocio						
Fecha	Gastos	Cantidad		Fecha	Ingresos	Cantidad
Total de gastos				Total de ingresos		
Introduzca el total de gastos y reste				Ingresos netos del trabajo por cuenta propia		

La información anterior es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa al proveedor podría resultar en mi descalificación por fraude.

Firma de la persona que ayudó a llenar el formulario, si corresponde Firma del solicitante o representante autorizado Fecha