|  |  |
| --- | --- |
|  | Estado de Connecticut Departamento de Servicios Sociales**Verificación de Ingreso de Autoempleo** |
|  W-38S(Rev. 12-15) |

Nombre de Cliente Fecha

      Programa(s)

N° ID de Cliente

Por favor use este formulario para **enumerar el ingreso bruto, gastos de negocios, e ingreso neto después de los gastos de negocios** de su negocio de autoempleo**. No incluya ninguna depreciación** como gasto de negocios**. Una lista de gastos de negocios comunes** que pueden considerarse **se indica al dorso de este formulario.** Por favor **firme e indique la fecha** en la parte inferior y **devuélvalo** al Departamento a más tardar para el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para permitir que el departamento tramite su caso para asistencia médica.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo llenar este formulario, por favor llame al centro de beneficios al 1-855-626-6632.

Para los últimos **12 meses**, indique la siguiente información sobre su negocio:

* nombre y dirección de su negocio y el tipo de negocio;
* las fechas del **período de 12 meses** que usted está reportando. Si la información abarca menos de **12 meses** porque no ha trabajado por cuenta propia por todo el año pasado, indique el período de tiempo en que se realizó el ingreso;
* su ingreso **bruto** de negocios / recibos antes de gastos o deducciones;
* sus gastos de negocios. Por favor explique cualesquier anotaciones en la columna “otros”. Por favor note que **no se puede anotar depreciación como gasto de negocios;**
* su **ingreso neto** (ingreso bruto de negocios/recibos menos gastos de negocios).

Si su declaración anual de impuestos federales se sometió **hace** (**3) meses o menos**, puede darnos su planilla de impuestos federales (incluyendo su formulario 1040 y su Anexo “C”) en lugar de llenar este formulario. También puede darnos la información de ingreso de su autoempleo sin usar este formulario. En lugar de ello, puede escribir la información en un papel aparte, firmando y fechándolo. Puede usar una hoja de papel aparte siempre que incluya toda la información solicitada en este formulario.

1. Nombre de negocio

1. Tipo de negocio
2. Dirección del negocio
3. El período de 12 meses cubierto por este ingreso es del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (mes / año) (mes / año)

1. Si su autoempleo fue durante menos de 12 meses, el período de tiempo que el ingreso cubre es del

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (mes / año) (mes / año)

1. **Recibos brutos del negocio** (antes de deducciones o gastos)

Por el período de tiempo indicado en la otra página (punto 4 ó 5), por favor indique su ingreso/recibos

brutos: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(POR FAVOR VEA ATRÁS**)

 **Página 1 de 2**

1. **Gastos de Negocio**

Por el período de tiempo indicado en la otra página (punto 4 o 5), por favor enumere sus gastos de negocios abajo. **(**Por favor note**, no se puede incluir depreciación.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Costo de artículos vendidos (excluyendo salarios) | $ | Renta/Alquiler – Otra propiedad del negocio Property | $ |
| Publicidad | $ | Reparaciones y Mantenimiento | $ |
|   | $ | Suministros | $ |
| Gastos de auto y camión |
| Comisiones y honorarios | $ | Impuestos y Licencias | $ |
| Programas de beneficios de empleados(p.ej. contribuciones de plan de jubilación y primas de seguros de salud para empleados, etc.) | $ | Viaje(para viaje relacionada con el negocio solamente) | $ |
|  | Comidas y entretenimiento de negocios X 50%  |  |
| Seguros (no de Salud) (pagos de compensación de trabajador, seguro de responsabilidad, etc.) | $ | $ |
| Intereses – Hipoteca (para propiedad relacionada con el negocio solamente) | $ | Servicios públicos | $ |
| Intereses -- Otros | $ | Salarios de empleados | $ |
| Planes de pensión y Participación en Beneficios | $ | Servicios Legales y Profesionales | $ |
| Renta/Alquiler -- vehículos, maquinaria, equipo | $ | Otros Gastos(por favor detalle)  | $ |
|   | **Total de Todos los Gastos** | **$** |

1. **Ingreso neto de negocios**

Por favor indique **su ingreso neto de negocios, después de deducir los gastos:**

(punto 6 menos el total del punto 7)

 dividido por meses = ingreso contable/mes.

**Por favor lea** y **firme la declaración indicada abajo.** Entonces **devuelva** este formulario **a DSS.**

Yo certifico que la información en este formulario es verídica a mi leal saber y entender. Comprendo que si yo a sabiendas doy información incorrecta, podría estar sujeto a las sanciones por declaraciones falsas en conformidad con lo dispuesto en las Leyes Generales de Connecticut Sección 53a-157b y 17b-97 y las sanciones por hurto según lo dispuesto en la Sección 53a-123. Además podría estar sujeto a sanciones por perjurio bajo las leyes federales.

Firma de Cliente Firma, dueño del negocio (si no es el cliente)

Firma de Testigo (si se firma con X) o Ayudante Fecha

**Personas sordas o con dificultad auditiva y que tengan dispositivo TTD/TTY puede contactar a DSS al 1-800-842-4524. Personas ciegas o con impedimento de visión, pueden contactar a DSS al 1-860-424-5040.**