Declaración Juarada de Empleo

Este formulario debe ser completado por los solicitantes que trabajen de manera autónoma (por cuenta propia), su cónyuge con empleo autónomo o pareja doméstica registrada y/o el/los dependientes(s) con empleos autónomos que no hayan presentado una declaración de impuestos y/o que no hayan entregado comprobantes de pago para establecer ingresos anuales (es decir, personas que trabajen a cambio de un pago en efectivo; y contratos con organizaciones, pero que no tengan empleador). La elegibilidad de ingresos se basa en los ingresos del hogar.

Información del solicitante (Todas las áreas son obligatorias a menos que se indique lo contrario)

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento del solicitante: _____ N°. de identificación del cliente (opcional): _____

Información de empleo autónomo

Solicitante Cónyuge/Pareja doméstica registrada

Otros (personas para las cuales el solicitante o cónyuge/pareja doméstica registrada tienen permitida una deducción del impuesto federal sobre la renta para el año imponible)

Yo _____ soy trabajador autónomo.
(Nombre Inicial del Segundo nombre Apellido)

Detallo que mis ingresos totales de los tres (3) meses anteriores desde_____al presente son los siguientes:

Mes 1 Mes / Año (1) _____ Tipo de trabajo (1) _____

Ingresos mensuales (1) $_____

Mes 2 Mes / Año (2) _____ Tipo de trabajo (2) _____

Ingresos mensuales (2) $_____

Mes 3 Mes / Año (3) _____Tipo de trabajo (3) _____

Ingresos mensuales (3) $_____

Total de tres meses: $_____ Ingresos brutos anuales estimados: $_____
(Multiplique el total de tres meses por cuatro (4))

Al firmar este formulario, por el presente certifico que la información previa es real y exacta.

_____ _____
Firma del trabajador autónomo: Fecha

Declaración jurada de empleo autónomo'

Al firmar este formulario, por el presente certifico que la información previa es real, exacta, completa y que no tengo comprobantes de la fuente de ingresos detallados anteriormente. Expreso que acepto notificar a CDPH de inmediato acerca de cualquier cambio en mis ingresos domésticos. Comprendo que, como condición para participar en el programa, CDPH verificará mis ingresos con la Junta Impositiva de Franquicia de California. Asimismo, comprendo que CDPH tiene permitido solicitar la verificación adicional de ingresos, si los ingresos informados parecen inconsistentes o incorrectos. Comprendo que el incumplimiento en la presentación de la información exacta y fidedigna o la omisión deliberada de la información podría causar la suspensión o la terminación de los servicios y que podrían considerarme financieramente responsable de todos y cualesquiera de los servicios cubiertos obtenidos.

_____ _____
Firma del solicitante: Fecha