

### 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 |
|   |        |          |   |          |          |
|   |        |          |   |          |          |
|   |        |          |   |          |          |
|   |        |          |   |          |          |
|   |        |          |   |          |          |
|   |        |          |   |          |          |
|   |        |          |   |          |          |
|   |        |          |   |          |          |
| <b>Total de gastos</b>                              |        |          | <b>Total de ingresos</b>                            |          |          |
|   |        |          | <b>Introduzca el total de gastos y reste</b>        |          |          |
|   |        |          | <b>Ingresos netos del trabajo por cuenta propia</b> |          |          |

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