

نموذج تحقق مساعدات طبية للعاملين ذوي الإعاقة من أصحاب المهن الحرة

المساعدات الطبية للعاملين ذوي الإعاقة

Important Information: This notice concerns public benefits and requires immediate attention. If you need help translating it, contact your County Assistance Office.

ព័ត៌មានសំខាន់
សំបុត្រជូនព័ត៌មានសម្រាប់អាជីវករអាជីវកម្ម
ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
សម្រាប់អាជីវករ (County Assistance Office) វិស័យសេវា

請注意！這重要消息的通知是有關公共福利
如果您需要翻譯，請聯絡當地的福利部。

Важная информация! Касается вопросов социального обеспечения и требует вашего внимания. Если вам нужна помощь в её переводе, обращайтесь в ваше местное отделение агентства социальной помощи (County Assistance Office / Welfare).

معلومات هامة: يتعلق هذا الإخطار بمنافع عامة ويتطلب اهتمامًا فوريًا. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في ترجمته، فاتصل بمكتب المعونة الخاص بمقاطعتك.

INFORMACIÓN IMPORTANTE
Este aviso se refiere a beneficios públicos y requiere atención inmediata. Si necesita que se lo traduzcan, comuníquese con la oficina de asistencia del condado (CAO).

THÔNG BÁO QUAN TRỌNG. Thông báo này liên quan tới trợ cấp xã hội của quý vị cần được đọc ngay. Nếu quý vị cần trợ giúp để đọc thông báo này, hãy liên hệ với Phòng Trợ Cấp Xã hội.

تعليمات استكمال النموذج

يرجى قراءة النموذج بالكامل. اكتب المعلومات المطلوبة في الفراغات المتاحة.

تذكير: هذا النموذج اختياري.

يجوز لك استكمال هذا النموذج أو تقديم إثبات عملك في المهن الحرة عن طريق تقديم نماذج الضرائب، أو سجلات العمل، أو نسخ من فواتير الخدمات التي توضح نوع العمل أو الخدمات المقدمة أو شهادات موقعة من الأشخاص الذين عملت لصالحهم. يجب أن تقدم السجلات معلومات محددة، مثل أيام العمل، وعدد ساعات العمل، والأجر بالساعة.

فيما يلي تعليمات إرشادية لاستكمال هذا النموذج:

- | | |
|---------|--|
| القسم A | استكملت بمعرفة مكتب المساعدات بالمقاطعة. |
| القسم B | استكمل هذا القسم، أوصف ما تفعله. إذا كان لعملك التجاري اسم شركة، يرجى ذكر هذا الاسم. |
| القسم C | استكمل هذا القسم، ما لم تكن بدأت العمل منذ مدة قصيرة جداً ولا تستطيع تقديم إثبات للدخل. استخدم دخل الشهر الذي وقعت فيه طلبك. |
| القسم D | استكمل هذا القسم إذا كنت بدأت العمل منذ مدة قصيرة جداً ولا تستطيع تقديم إثبات للدخل. تقدير الدخل لشهر بالكامل. |
| القسم E | استكمل إذا كنت تقدم إقراراً ضريبياً. يجب أن يعكس التاريخ الربع الأخير/السنة التي تم فيها تقديم إقرار ضريبي. |
| القسم F | استكمل إذا كان لديك نفقات عمل. يجب أن ترفق إثباتاً لكافة النفقات. |
| القسم G | يجب أن يتم توقيع وتاريخ هذا النموذج. إذا ساعدك شخص ما في استكمال هذا النموذج، أطلب منه استكمال هذه المعلومات. |

معلومات هامة بشأن تقديم بيان الضرائب

تقتضي دائرة ضريبة الدخل (IRS) أنه يجب عليك سداد ضريبة المهن الحرة (SE) مع تقديم جدول المهن الحرة (نموذج 1040) إذا انطبقت أي من الحالات الآتية:

- لديك صافي أرباح من المهن الحرة يبلغ 400 دولار أمريكي فأكثر.
- لديك دخل من العمل لصالح إحدى الكنائس يصل إلى 108.28 دولار أمريكي فأكثر.

لماذا ادفع ضرائب على المهن الحرة؟

تُتاح مزايا الضمان الاجتماعي للأشخاص الذين يعملون في مهن حرة وكذلك من يدفع رواتب آخرين. سدادك لضريبة الأعمال الحرة يساهم في تغطيتك بموجب الضمان الاجتماعي. إن عدم الإقرار بدخلك من الأعمال الحرة، قد يتسبب في انخفاض مزايا الضمان الاجتماعي الخاصة بك عندما تتقاعد.

كيف يمكنني معرفة المزيد بشأن تقديم بيان الضرائب؟

أدخل على الموقع www.irs.gov إذا كان لديك إمكانية الوصول إلى الإنترنت.

أو الرقم المجاني لدعم دافعي الضرائب 1-877-777-4778

الرقم المجاني لدائرة ضريبة الدخل 1-800-829-1040.

نماذج الضرائب 1-800-829-3676

إذا قدمت إقراراً ضريبياً، قد تكون مؤهلاً للإعفاء من ضريبة الدخل المكتسب (EITC).

ما هو الإعفاء من ضريبة الدخل المكتسب (EITC)؟

الإعفاء من ضريبة الدخل المكتسب هو إعفاء ضريبي فيدرالي من الدخل المكتسب للعاملين أصحاب الدخل المنخفض. يقلل هذا الإعفاء مقدار الضريبة المستحقة على الشخص وقد يتم إعادتها إليك في شكل مستردات ضرائب.

نموذج تحقق مساعدات طبية للعاملين ذوي الإعاقة من أصحاب المهن الحرة
المساعدات الطبية للعاملين ذوي الإعاقة

(مطلوب / يتم الاستكمال بمعرفة مكتب المساعدات بالمقاطعة)

الاسم _____ رقم السجل أو رقم تسجيل الطلب _____

العنوان _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____ - _____

.A

معلومات هامة

يحتاج مكتب المساعدات بالمقاطعة (CAO) لمعلومات بشأن المهن الحرة لديك لبيت بشأن أهليتك للحصول على تغطية معونة طبية ولحساب القسط الشهري للمساعدة الطبية للعاملين ذوي الإعاقة. نموذج تحقق مساعدات طبية للعاملين ذوي الإعاقة. هذه المعلومات سرية. لديك فرصة الاختيار بين استكمال هذا النموذج أو تقديم وثائق أخرى والتي سوف تثبت أنك تعمل في المهن الحرة. برجاء إعادة هذا النموذج أو المستندات الأخرى التي تثبت أنك تعمل بالمهن الحرة إلى مكتب المساعدات بالمقاطعة بواسطة _____ / _____ / _____. إن كنت في حاجة للمساعدة في استكمال هذا النموذج أو إن كنت لا تستطيع استكماله بحلول هذا التاريخ، اتصل بـ _____ في _____ (مرشد الحالة الاجتماعية بمكتب المساعدات بالمقاطعة)

(مطلوب)

التاريخ بداية المهنة الحرة: _____ / _____ / _____. ما هي وظيفتك في المهنة الحرة؟

هل يوجد لعملك التجاري اسم؟ نعم (اكتب الاسم) _____ لا

.B

(مطلوب، ما لم تكن بدأت العمل بالمهن الحرة منذ مدة قصيرة جداً). أنظر القسم د.

إجمالي الدخل الشهري الإجمالي من المهن الحرة:

قدم إجمالي الدخل الإجمالي: _____ / _____. \$ _____ (شهر تقديم الطلب)

.C

(استكمل هذا القسم إذا كنت بدأت العمل منذ مدة قصيرة جداً ولا تستطيع تقديم إثبات للدخل.)

إذا كنت بدأت العمل منذ مدة قصيرة جداً ولم تتسلم أي دخل من عمك، ضع علامة بهذا المربع: متى تنتظر الحصول على دخل؟ _____ / _____ / _____. هل لديك تقدير بشأن دخلك الشهري المنتظر؟ _____ إذا كنت بدأت العمل منذ مدة قصيرة جداً ولا تستطيع تحديد الدخل، فسوف يتصل بك موظف الحالة لتحديد جدول إثبات الدخل.

.D

(استكمل إذا كنت تقدم إقراراً ضريبياً.)

إذا كنت تقدم إقراراً ضريبياً، برجاء استكمال الجزء التالي عن الربع الأخير للعام الذي قدمت إقراراً ضريبياً عنه أو آخر عام.

(أدخل المبلغ للمدة المقدم بشأنها الإقرار) (أدخل تاريخ مدة تقديم الإقرار)

فيدرالي: _____ عن _____ / _____ / _____

الولاية: _____ عن _____ / _____ / _____

محلي: _____ عن _____ / _____ / _____

أخرى: _____ عن _____ / _____ / _____

لا ينبغي عليك تقديم إقرار ضريبي لتصبح مستحقاً للحصول على مساعدات طبية للعاملين ذوي الإعاقة، ولكن إن فعلت، فإن هذه المعلومات مطلوبة للتقرير بشأن الاستحقاق ولحساب قسطك الشهري. إذا كنت لا تقدم إقراراً ضريبياً، ضع علامة على هذا المربع: أنا لا أقدم إقراراً ضريبياً.

.E

نموذج تحقق مساعدات طبية للعاملين ذوي الإعاقة من أصحاب المهن الحرة
المساعدات الطبية للعاملين ذوي الإعاقة

.F

(استكمل إذا كان لديك نفقات عمل ويمكنك تقديم إثبات للنفقات.)

يمكن استقطاع بعض نفقات تشغيل العمل من إجمالي الدخل الشهري / السنوي الإجمالي من المهن الحرة. إذا كنت تستطيع إثبات النفقات، قم باستكمال التالي. ضع دائرة إذا كان هذا هو حجم النفقات الشهرية أو السنوية.

رسوم المحاسبة وأتعاب قانونية: _____ شهري / سنوي

نفقات الإعلانات: _____ شهري / سنوي

انتقالات العمل: _____ شهري / سنوي

رسوم الرخصة المهنية / مستحقات النقابة: _____ شهري / سنوي

نفقات الحفاظ على مكان العمل، مثل الإيجار، وضرائب العقار، والتأمين، والصيانة، والمرافق. إذا كنت تدير عملك من المنزل، فقط تلك النفقات التي تم تحديدها للجزء المستخدم من المنزل لصالح العمل هي التي يمكن استقطاعها.

إيجار أو قيمة سكن بمبيت: _____ شهري / سنوي

الرهن العقاري الخاص بالعمل: _____ شهري / سنوي

ضرائب العقار: _____ شهري / سنوي

التأمين: _____ شهري / سنوي

الصيانة: _____ شهري / سنوي

الهاتف: _____ شهري / سنوي

المرافق: _____ شهري / سنوي

أخرى: _____ شهري / سنوي

البضائع المشتراه، والإمدادات والخامات المستخدمة في إدارة العمل. قد يتضمن هذا: الورق، الكمبيوتر، الإنترنت، الطابعة، الفاكس، إلخ.

_____ شهري / سنوي

_____ شهري / سنوي

_____ شهري / سنوي

_____ شهري / سنوي

إذا لم يكن لديك إثبات للنفقات، ضع علامة على هذا المربع: ليس لدي إثبات للنفقات.

.G

(مطلوب. يجب أن توقع هذا النموذج.)

أشهد أنا، مع خضوعي للعقوبات التي ينص عليها القانون، بأن المعلومات التي قدمتها حقيقية وصحيحة وكاملة إلى حد علمي واعتقادي.

_____ / _____ / _____
التوقيع التاريخ الرجاء كتابة الاسم

عنوان البريد الإلكتروني (اختياري): _____

إذا ساعدك شخص ما في استكمال هذا النموذج، أطلب منه استكمال هذه المعلومات.

الاسم: _____ التاريخ: _____ / _____ / _____ الهاتف: _____

العنوان: _____

التوقيع: _____

العلاقة بمقدم الطلب: _____