

# MAWD自雇调查表

## 残疾职工的医疗救助

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

### ព័ត៌មានសំខាន់

សំបុត្រនេះពាក់ទងនឹងអន្តរាយជាធរមានសាធារណៈហើយ

ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាពិសេសចំពោះជំនួយក្នុងការបរិច្ចាគ

សូមទាក់ទងនឹង (County Assistance Office) របស់អ្នក។

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.

### 调查表填写说明

请阅读并打印整张表格，在空白处提供要求的信息。

### 提示：本表格非必填

您可选择填写本表或提供自雇证明，提交纳税报表，业务记录、服务账单的复印件，标记工种或服务类型，或提供雇主声明。记录必须包含工作天数、工作小时数、计时工资等具体信息。

以下是填写表格的指南

- A 部分 通过当地福利部完成。
- B 部分 描述你所从事的职业，如果开立公司请提供公司名。
- C 部分 除非你刚新成立一家公司，不能提供收入证明，否则此部分为必填。提供你申请并签字的当月收入。
- D 部分 如果你刚新成立一家公司，不能提供收入证明。请对全月的收入进行预估。
- E 部分 如果你缴纳了税款，请提供反映你上一季度或上一年缴纳税款的信息。
- F 部分 如果你支付了营业费用，你应该附上所有费用的证明。
- G 部分 该表格必须有签名和日期。如果有人帮你完成表格，请提供他或她的信息。

### 税务申报的重要信息

美国国税局要求个体经营者必须缴纳从业税，如果符合下列任意一条，请申报缴纳从业税计划（1040表）

- 作为自由职业者，净收益超过400美元或更多
- 教堂就业收入达到108.28美元或更多

### 为什么要缴纳自雇税收？

自雇人员和赚取工薪者皆有权享受到社会保障福利。你缴纳的从业税有助于将你纳入社会保障体系。如果发现你没有申报你所有的自营业收入，你退休后享受到的社会保障福利将会降低。

### 我怎么获取税务申报的更多信息？

如果可能请登录[www.irs.gov](http://www.irs.gov) 网站获取信息

纳税人咨询免费电话 1-877-777-4778

美国国税局免费电话 1-800-829-1040

纳税申请表1-800-829-3676

如果已缴纳税收，你将可能获得收入所得税抵免（EITC）

### 收入所得税抵免（EITC）是什么？

收入所得税抵免（EITC）是联邦收入税抵免，适用于低收入工人，该抵免减少了个人赋税的数额，通过税务返还的形式给予一定抵免。



**MAWD自雇调查表**  
残疾职工的医疗救助

**A. (必填/由当地福利部完成)**

姓名 \_\_\_\_\_ 记录编号或AP注册编号 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**重要信息**

当地福利部需要你的自雇信息以确定医疗补助计划覆盖的资格等级，并预估MAWD每月的保险费。该信息是保密的。你可以选择完成本表格或提供其他证明你自雇情况的文件。请在 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 时间前将完成的表格或其他验证你自雇情况的文件提交至当地福利部。如果你需要帮助或不能如期完成表格，请联络 \_\_\_\_\_ 拨打电话 \_\_\_\_\_。

**B. (必填)**

开始自雇的日期 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_。你的自雇职业:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

你的公司是否有名称？  是 (打印名称) \_\_\_\_\_

否

**C. (除非你刚成立一家新公司，否则此处为必填，参见D部分)**

自雇每月毛收入合计

请提供合计毛收入（申请月份） \_\_\_\_ / \_\_\_\_。 \$ \_\_\_\_\_。

**D. (如果你刚成立一家新公司，没有收入证明，请填写本部分)**

如果你刚刚开展业务，没有任何业务上的收入，请勾选此栏位： 你预计什么时候会有收入？ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_。你预计你的月收入将会达到多少？ \_\_\_\_\_。

如果你刚刚开展业务不能证明收入，社会工作者将会联系你，与你计划证明收入的时间。

**E. (如果你已缴税，本部分为必填)**

如果你缴纳了税收，请完成你上一季度或上一年度缴税的情况

	(申报期缴纳数额)	(申报期缴纳数额)
联邦:	_____	时间 ____ / ____ / ____。
州:	_____	时间 ____ / ____ / ____。
当地:	_____	时间 ____ / ____ / ____。
其他:	_____	时间 ____ / ____ / ____。

你不一定要有缴税才能接受MAWD，但若你有缴税，我们需要以上信息确认您的资格并预估您的保险费。如果你没有缴税，请进勾选本栏位表示自己并没有报税：

