

Formulario de verificación empleo autónomo de MAWD

Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidades

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

ព័ត៌មានសំខាន់
សំបុត្រនេះទាក់ទងនឹងអន្តរប្រយោជន៍សាធារណៈលើយ
ត្រូវយកចិត្តទុកដាក់ជាចាំបាច់ការជំនួយក្នុងការប្រកែប្រែ
សូមទាក់ទងទី (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.

Instrucciones para completar este formulario

Lea el formulario completo. Escriba en letra de imprenta la información solicitada en los espacios que se proporcionan.

Recordatorio: Completar este formulario es opcional.

Puede completar este formulario o proporcionar documentos de comprobación del empleo autónomo, como formularios de declaración de impuestos, registros comerciales, copias de facturas de servicios que indiquen el tipo de trabajo o los servicios que ofrece, o declaraciones firmadas de personas para las que usted trabaja. Los registros deben proporcionar información específica, como la cantidad de días trabajados, la cantidad de horas trabajadas y la remuneración por hora.

A continuación, se brindan pautas para completar este formulario:

- | | |
|-----------|--|
| Sección A | La Oficina de Asistencia del Condado completa esta sección. |
| Sección B | Complete esta sección. Describa lo que hace. Si su empresa tiene un nombre, indíquelo aquí. |
| Sección C | Complete esta sección, a menos que haya comenzado la actividad comercial recientemente y no pueda proporcionar una constancia de ingresos. Utilice los datos de los ingresos del mes en el que firmó su solicitud. |
| Sección D | Complete esta sección si comenzó con la actividad comercial recientemente y no tiene una constancia de ingresos. Calcule los ingresos de un mes entero. |
| Sección E | Complete esta sección si declara impuestos. La fecha debe ser la del último trimestre o año en el que declaró impuestos. |
| Sección F | Complete esta sección si tiene gastos comerciales. Debe adjuntar comprobantes de todos los gastos. |
| Sección G | Firme este formulario y coloque la fecha correspondiente. Si alguien lo ayudó a completar este formulario, pídale a esa persona que complete esta información. |

Información importante sobre la declaración de impuestos

El Servicio de Impuestos Internos (IRS) señala que usted debe pagar impuestos por empleo autónomo (SE) y presentar la Planilla SE (Formulario 1040) si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Obtuvo ganancias netas por el empleo autónomo equivalentes a USD 400 o superiores.
- Obtuvo ingresos por un empleo en la iglesia de USD 108.28 o superiores.

¿Por qué debo pagar impuestos por empleo autónomo?

Los beneficios del seguro social están disponibles para las personas que trabajan por cuenta propia al igual que para los trabajadores asalariados. Los pagos que realiza en concepto de impuestos por empleo autónomo contribuyen a su cobertura en virtud del seguro social. Si no declara todos los ingresos que obtiene por el empleo autónomo, podría recibir menos beneficios del seguro social cuando se jubile.

¿Dónde puedo obtener más información sobre la declaración de impuestos?

Visite www.irs.gov/spanish si tiene acceso a Internet.

Número gratuito del defensor del contribuyente: 1-877-777-4778.

Número gratuito del Servicio de Impuestos Internos: 1-800-829-1040.

Formularios de declaración de impuestos: 1-800-829-3676.

Si declara impuestos, puede reunir los requisitos para obtener Crédito Fiscal por Ingreso del Trabajo (EITC).

¿Qué es el Crédito Fiscal por Ingreso del Trabajo (EITC)?

El EITC es un crédito fiscal federal por ingresos para los trabajadores de bajos ingresos. Este crédito reduce el monto en concepto de impuestos que una persona adeuda, y puede reintegrarse en forma de reembolso.

Formulario de verificación empleo autónomo de MAWD
Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidades

A. (Required/CAO Completed) (Sección obligatoria/completada por la CAO)

Name _____ Record Number or AP Reg Number _____

Address _____

City _____ State _____ ZIP _____ - _____

Información importante

La Oficina de Asistencia del Condado (CAO) necesita información sobre su empleo autónomo para determinar su elegibilidad para obtener cobertura en virtud de Medicaid y para calcular la prima mensual para el programa MAWD. Esta información es confidencial. Puede elegir completar este formulario o proporcionar otros documentos que comprueben su empleo autónomo. Envíe este formulario u otra documentación que corrobore su empleo autónomo a su CAO a más tardar el ____ / ____ / _____. Si necesita ayuda para completar este formulario o no puede completarlo para esta fecha, llame _____ al _____.

(Trabajador social de la CAO)

B. (Sección obligatoria)

Fecha en la que comenzó el empleo autónomo: ____ / ____ / _____. Su ocupación como trabajador autónomo:

¿Su empresa tiene nombre? Sí (indique el nombre en letra de imprenta) _____

No

C. (Sección obligatoria, a menos que haya comenzado la actividad comercial autónoma recientemente. Consulte la sección D).

Ingresos mensuales brutos totales del empleo autónomo.

Proporcione sus ingresos brutos totales: ____ / _____. \$ _____.

(Mes de solicitud)

D. (Complete esta sección si comenzó con la actividad comercial recientemente y no tiene una constancia de ingresos.)

Si comenzó con la actividad comercial recientemente y todavía no ha obtenido ingresos, marque esta casilla:

¿Cuándo espera recibir ingresos? ____ / ____ / _____. ¿Puede hacer un cálculo aproximado de cuánto será el monto de sus ingresos mensuales? _____. Si recién comenzó con la actividad comercial y no puede demostrar sus ingresos, su trabajador social se comunicará con usted para acordar una fecha para verificar sus ingresos.

E. (Complete esta sección si declara impuestos.)

Si presenta declaración de impuestos, por favor complete lo siguiente para el último trimestre que presentó o del año pasado. (Ingrese el monto para el período de declaración) (Ingrese la fecha del período de declaración)

Federales: _____ del ____ / ____ / _____.
Estado: _____ del ____ / ____ / _____.
Locales: _____ del ____ / ____ / _____.
Otros: _____ del ____ / ____ / _____.
No es necesario que declare impuestos para reunir los requisitos para el programa MAWD, pero si lo hace, esta información es necesaria para determinar su elegibilidad y calcular su prima. Si no declara impuestos, marque esta casilla: No declaro impuestos.

Formulario de verificación empleo autónomo de MAWD
Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidades

F. (Complete esta sección si tiene gastos comerciales y puede proporcionar constancia de los gastos).

Algunos costos de la administración de una empresa pueden deducirse de los ingresos brutos totales mensuales o anuales que obtiene del empleo autónomo. Si tiene constancias de los costos, complete lo siguiente. Marque con un círculo si se trata de un monto de gastos mensual o anual.

Honorarios contables y legales: _____ Mensual/anual
Costos de publicidad: _____ Mensual/anual
Transporte comercial: _____ Mensual/anual
Costos de licencia profesional/afiliación a sindicatos: _____ Mensual/anual

Costos de mantenimiento de un lugar comercial, como la renta, los impuestos sobre la propiedad, el seguro, el mantenimiento, los servicios públicos. Si administra su empresa desde su casa, solo se pueden deducir los costos correspondientes a la parte de la casa que se utiliza para llevar a cabo la actividad comercial.

Renta: _____ Mensual/anual
Préstamo hipotecario sobre la propiedad comercial: _____ Mensual/anual
Impuestos sobre la propiedad: _____ Mensual/anual
Seguro: _____ Mensual/anual
Mantenimiento: _____ Mensual/anual
Teléfono: _____ Mensual/anual
Servicios públicos: _____ Mensual/anual
Otros: _____ Mensual/anual

Bienes adquiridos, insumos y materiales utilizados para llevar a cabo la actividad comercial. Esto puede incluir lo siguiente: papel, computadora, acceso a Internet, fotocopidora, fax, etc.

_____ Mensual/anual
_____ Mensual/anual
_____ Mensual/anual
Otros costos: _____ Mensual/anual

Si no tiene ninguna constancia de los costos, marque esta casilla: No tengo constancias de los costos.

G. (Sección obligatoria. Debe firmar este formulario).

Certifico que, con conocimiento de las sanciones estipuladas por ley, la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

_____ / _____ / _____
Firma Fecha Nombre en letra de imprenta

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Si alguien lo ayudó a completar este formulario, pídale a esa persona que complete lo siguiente.

Nombre: _____ Fecha : ____ / ____ / ____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Firma: _____
Relación con el solicitante: _____