

FECHA: _____

N.º DE IDENTIFICACIÓN DE PELICAN: _____

La cobertura por trabajo autónomo cubre el período desde ___/___/___ hasta ___/___/___

Cantidad de semanas que cubre el ingreso de trabajo autónomo: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

APELLIDO:		NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR/PARTICULAR:		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:

INFORMACIÓN COMERCIAL

NOMBRE DE LA EMPRESA:		FECHA EN QUE COMENZÓ EL NEGOCIO:	
DIRECCIÓN COMERCIAL:		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA EMPRESA:	
ESTADO CORPORATIVO DEL NEGOCIO (Marque una de las siguientes opciones): <input type="checkbox"/> Empresa unipersonal <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Sociedad S <input type="checkbox"/> Sociedad de responsabilidad limitada		NATURALEZA DEL NEGOCIO:	

Monto total de ingresos brutos*:

*Los ingresos brutos son los ingresos que recibe de su empresa. Debe conservar los documentos de respaldo que muestran los montos y las fuentes de sus ingresos brutos.

\$ _____

Cantidad total de gastos comerciales*:

*Los gastos comerciales son los costos en los que incurre para continuar con su negocio. Sus documentos de respaldo deben mostrar los montos pagados por esos gastos comerciales.

\$ _____

Monto total de ingresos netos*:

*El ingreso neto es igual a los ingresos brutos menos los gastos comerciales.

\$ _____

DOCUMENTACIÓN COMERCIAL REQUERIDA ADJUNTA

ADJUNTE LO SIGUIENTE

Copia de la declaración de impuestos federales sobre la renta más reciente

SI NO PUEDE PROPORCIONAR UNA DECLARACIÓN DEL IMPUESTO FEDERAL SOBRE LA RENTA, MARQUE Y ADJUNTE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

<input type="checkbox"/> Libros contables	<input type="checkbox"/> Estados de cuenta
<input type="checkbox"/> Comprobantes de depósito bancario	<input type="checkbox"/> Cheques cancelados
<input type="checkbox"/> Cintas de caja registradora	<input type="checkbox"/> Comprobantes de cargo de tarjeta de crédito
<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Comprobantes de venta de tarjetas de crédito
<input type="checkbox"/> Cualquier otro documento que establezca razonableme las ganancias brutas o deducciones permitidas	

Afirmo que he leído o me han leído esta declaración en su totalidad, y que toda la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Comprendo que mi declaración está sujeta a 18 Pa. C.S. § 4904 (en relación con la falsificación sin juramento a las autoridades) y puedo ser sancionado con una multa, ir a prisión o estar inhabilitado para el cuidado infantil subvencionado por hacer cualquier declaración falsa que pueda afectar a mi situación de elegibilidad. Comprendo que si recibo cuidado infantil subsidiado para el cual no era elegible, se me pedirá que pague el costo del cuidado infantil que recibí por error.

X

FIRMA DEL PADRE/MADRE/CUIDADOR

FECHA