



Comprovação de renda de autônomo

Use este formulário como uma comprovação de sua renda como autônomo.

Você poderá usar este formulário se:

- não tiver documentação formal e atual de seu trabalho como autônomo, ou
- realizar trabalhos temporários (plataforma de transportes, entrega de alimentos [delivery], etc.) e não tem um contador.

RESUMO DE TRABALHO AUTÔNOMO

Preencha este resumo com base em sua renda mensal líquida. Renda mensal líquida é a quantia de dinheiro que resta a você, depois de pagar suas despesas de negócios e seus impostos.

Se você é autônomo e tem mais de um trabalho, use uma linha diferente para cada trabalho em "Business name/type of work," (Nome da empresa/Tipo de trabalho). Se alguma outra pessoa em seu agregado familiar for autônomo, ela deve preencher seu próprio resumo.

Nome do chefe da família: _____

Membro da família informando trabalho autônomo neste formulário: _____

ID de referência/ID do membro: _____

Telefone: _____ Data de hoje: _____

Nome da empresa/ Tipo de trabalho	Frequência com que você recebe renda deste trabalho	Renda bruta mensal	Despesas mensais*	Renda ou perda mensal média (líquida)	Total (líquido) no ano
Por exemplo: Smith Snowplowing	Sazonal (Dez–Abr; 5 meses)	\$6.000	\$500	$(\$6.000 - \$500) =$ \$5.500	$(\$5.500 \times 5 \text{ meses})$ = \$27.500

Renda total proveniente de trabalho autônomo do membro: \$ _____ Frequência (se diferente de anual): _____

Enumere as despesas de negócios que você tenha para manter seu negócio/trabalho autônomo. Essas despesas seriam o total das despesas mensais informadas na tabela acima.

Mais informações sobre a renda de meu agregado familiar (qualquer variação por estação/mês):



- Ao assinar este documento, declaro, sob pena de perjúrio, que os dados contidos neste formulário e na documentação de apoio ao formulário que eu desejar incluir são, pelo que eu saiba, verdadeiros e completos.
- Reconheço que se eu mentir neste formulário, minha cobertura de saúde poderá ser cancelada e poderei ter de reembolsar Massachusetts por qualquer crédito ou benefício de saúde que tenha recebido.

Assinatura do chefe da família: _____ Data: _____

**Para ver uma lista de despesas de negócios que podem ser deduzidas, acesse <https://www.irs.gov/publications/p334>, Capítulo 8. Pagar uma quantia mensal a si próprio NÃO é um gasto dedutível.*

DEVOLVA ESTE DOCUMENTO ASSINADO DE UMA DESSAS QUATRO MANEIRAS

- **Carregue-o para sua conta do HIX (Health Insurance Exchange)**
- **Envie-o por fax para** (857) 323-8300
- **Envie-o pelo correio para** Health Insurance Processing Center, PO Box 4405, Taunton, MA 02780
- **Entregue este formulário a** alguma pessoa nos seguintes locais:

Centros de Inscrição no MassHealth (MassHealth Enrollment Centers)

529 Main Street
Charlestown, MA 02129

88 Industry Avenue, Suite D
Springfield, MA 01104

367 East Street
Tewksbury, MA 01876

45 Spruce Street
Chelsea, MA 02150

21 Spring Street, Suite 4
Taunton, MA 02780

50 SW Cutoff, Suite 1A
Worcester, MA 01604

100 Hancock Street, 1st Floor
Quincy, MA 02171

PERGUNTAS?

Ligue para o **Health Connector** pelo telefone (877) 623-6765, ou ligue para o **MassHealth** pelo telefone (800) 841-2900. **TTD/TTY: 711**.