# 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 x 5 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 autônimo. 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*](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 2780
* **•** **Entregue este formulário a** alguma pessoa nos seguintes locais:

### Centros de Inscrição no MassHealth (MassHealth Enrollment Centers)

### MassHealth Enrollment Centers

529 Main Street  
Charlestown, MA 02129

45 Spruce Street  
Chelsea, MA 02150

100 Hancock Street, 1st Floor  
Quincy, MA 02171

88 Industry Avenue, Suite D  
Springfield, MA 01104

21 Spring Street, Suite 4  
Taunton, MA 02780

367 East Street  
Tewksbury, MA 01876

50 SW Cutoff, Suite 1A

Worcester, MA 01604

## PERGUNTAS?

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