自营职业收入确认

请使用本表作为自营职业的收入证明。

如果出现以下情况，您可以使用本表：

- 您没有正式的、当前的自营职业文件，或者
- 您从事零工工作（拼车、送餐等）并且没有簿记员。

自营职业摘要

根据您的月净收入填写本摘要。净收入是指您在支付业务开支和税款后所拥有的金额。

如果您是从事一份以上工作的自营职业者，请在“企业名称/工作类型”下方为每份工作填写不同的行。如果您家中的另一名成员是自营职业者，他们应当填写自己的摘要。

户主姓名：_____

在本表中报告自营职业的家庭成员：_____

参考 ID/会员 ID：_____

电话号码：_____ 今天的日期：_____

企业名称/工作类型	您从这份工作获得收入的时段	每月毛收入	每月开支*	平均每月收入或亏损（净额）	年度总（净）收入
例如：Smith/铲雪	季节性（12 月 - 4 月；5 个月）	$6,000	$500	($6,000 - $500) = $5,500	($5,500 x 5 个月) = $27,500

会员自营职业收入总额：$_____ 频率（如果不是年度）：_____

列出您在经营自营职业/企业时产生的任何业务开支。这些开支将合计上表中报告的每月开支金额。

有关我的家庭收入的更多信息（按季节/月份的任何差异）：

- 我在下方的签名表示，据我所知，我起誓本表中的所有内容以及我选择包括的任何证明文件均准确完整，如有不实，我愿受作伪证之处罚。
- 我知道，如果我在本表中说谎，我的医疗保险可能会终止，并且我可能必须向马萨诸塞州偿还我获得的任何税收抵免或医疗福利费用。

户主签名：_____ 日期：_____

如需查看可扣除业务开支的列表，请访问网站 https://www.irs.gov/publications/p334, 第 8 章。每月支付给自己的金额不是**可扣除开支。*

请用以下四种方法之一送回本已签名的文件

- **上传到您的 HIX 帐户**
- **传真至：** (857) 323-8300
- **邮寄至：** Health Insurance Processing Center, PO Box 4405, Taunton, MA 02780
- **将本表递交给**以下地点之一的工作人员：

MassHealth 注册中心

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

有问题吗？

请电洽 **Health Connector** (877) 623-6765，或请电洽 **MassHealth**电话号码 (800) 841-2900。**TTD/TTY: 711**。