Imprimir Borrar

MassHealth | MASSACHUSETTS HEALTH CONNECTOR

Verificación de ingresos de empleo por cuenta propia

Use este formulario como prueba de ingresos para el empleo por cuenta propia.

Puede usar este formulario si:

- no tiene documentación formal actualizada de su empleo por cuenta propia, o
- participa en trabajo esporádico (viajes compartidos, reparto de alimentos, etc.) y no tiene un tenedor de libros.

RESUMEN DEL EMPLEO POR CUENTA PROPIA

Complete este resumen según su ingreso neto mensual. El ingreso neto es la cantidad de dinero que le queda después de pagar los gastos administrativos y sus impuestos.

Si es un empleado por cuenta propia con más de un empleo, use otra fila para cada trabajo en la columna "Nombre del negocio o tipo de trabajo". Si otro integrante de su hogar es empleado por cuenta propia, esa persona debe completar su propio resumen.

Nombre del jefe del hogar: _____

Integrante del hogar que declara empleo por cuenta propia en este formulario: _____

ID de referencia o ID del afiliado: _____

Número de teléfono: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre del negocio o tipo de trabajo	Período en que recibió los ingresos de este trabajo	Ingresos brutos mensuales	Gastos mensuales*	Promedio mensual (neto) de ingresos o pérdidas	Total (neto) anual
Ejemplo: Quitanieves Sánchez	Estacional (dic.-abril; 5 meses)	$6,000	$500	($6,000-$500)= $5,500	($5,500 x5 meses)= $27,500

Cantidad total de ingresos por empleo por cuenta propia del afiliado: $ Frecuencia (si no es anual): _____

Incluya todos los gastos operativos de su empleo por cuenta propia o su negocio. Estos gastos sumarían el total de la cantidad de gastos mensuales que declaró en la tabla anterior.

Más información de los ingresos de mi hogar (todas las variaciones por estación o por mes):

- Al firmar a continuación, yo juro bajo pena de perjurio que todo lo declarado en este formulario y todos los comprobantes que decidí incluir son verdaderos y están completos a mi leal saber y entender.
- Entiendo que, si no digo la verdad en este formulario, mi cobertura del seguro de salud podría finalizar y quizá deba devolver a Massachusetts cualquier crédito fiscal o los beneficios de salud que haya recibido.

Firma del jefe del hogar: _____ Fecha: _____

**Para ver una lista de los gastos de negocio deducibles, por favor visite https://www.irs.gov/publications/p334, Capítulo 8. Pagarse a sí mismo una cantidad mensual NO es un gasto deducible.*

ENVÍE ESTE DOCUMENTO FIRMADO DE UNA DE ESTAS CUATRO MANERAS:

- **Cárguelo a su cuenta de HIX**
- **Por fax al** (857) 323-8300
- **Por correo postal a** Health Insurance Processing Center, PO Box 4405, Taunton, MA 02780
- **Entregue este formulario a** alguien en uno de estos lugares:

Centros de Inscripción de MassHealth (MEC)

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

SI TIENE PREGUNTAS

Llame a **Health Connector** al (877) 623-6765, o bien llame a **MassHealth** al (800) 841-2900. **TDD/TTY** al **711**.