UNC HEALTH

Formulario de verificación de ingresos de trabajadores autónomos

Self-Employment Income Verification Form

Solo complete este formulario si no puede presentar la declaración de impuestos federales o el estado de pérdidas y ganancias de su negocio. Registre los ingresos y gastos como trabajador autónomo de los últimos **30** días. Necesitamos esta información para calcular sus ingresos anuales para determinar si cumple con los requisitos para recibir asistencia económica. Firme y ponga la fecha en el formulario.

I. Ingresos

Registre los ingresos de su negocio durante los últimos 30 días. Describa los ingresos lo más detalladamente posible para confirmar dichos ingresos.

Fecha del ingreso	Importe	Procedencia o descripción del ingreso recibido

UNC HEALTH

II. Gastos

Registre los gastos de su negocio durante los últimos 30 días. Describa los gastos lo más detalladamente posible para confirmar dicho gasto.

Fecha del gasto	Importe	Procedencia o descripción del gasto

VII. Firma y fecha necesarias

Certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información aquí enumerada es verdadera. Entiendo que presentar información fraudulenta o falsa hará que no pueda recibir ninguna ayuda financiera. Autorizo a *UNC Healthcare System*, y a todas las clínicas, hospitales y entidades afiliadas con *UNC*, a que verifiquen la información contenida en el presente documento.

Firma de la persona que llena el formulario	Fecha de firma (mm/dd/aaaa)