Declaración de pérdidas y ganancias del trabajo autónomo

Puede utilizar este formulario para verificar sus ingresos por trabajo autónomo y los gastos del negocio si no ha presentado una declaración de impuestos actual o si su declaración de impuestos más reciente no refleja los ingresos actuales. Por favor, complete todas las secciones y luego firme y coloque la fecha en la parte inferior del formulario.

Su nombre: _____ **Caso número:** _____

Actividad y nombre del negocio: _____

Indique el período que cubre este formulario. Utilice *meses completos únicamente*, por ejemplo, 8/1/22-9/30/22, NO 8/1/22-9/15/22.

Desde (mm/dd/aa): _____ Hasta (mm/dd/aa): _____

Cantidad promedio de horas trabajadas por mes: _____

Para el período indicado anteriormente, facilite la siguiente información:

Ingresos brutos (de productos, servicios, propinas, etc.) $ _____

Menos el costo de los productos vendidos - $ _____

Es igual a los ingresos brutos ajustados = $ _____

Indique los totales de cada gasto relacionado con el negocio para el período indicado anteriormente.

Equipo combustible/aceite $	Materiales/suministros $	Publicidad $	Limpieza $
Alquiler (propiedad o equipo) $	Servicios públicos $	Comisiones/honorarios $	Impuestos/licencias $
Reparaciones/mantenimiento $	Gastos de oficina $	Correos/envíos $	
Seguro (que no sea de salud) $	Salarios/propinas pagadas a los empleados $	Otro (especifique) $	
Millas recorridas por el negocio _____ x Tarifa federal actual por millaje _____ = $_____ (La tarifa federal actual por millaje se puede encontrar en www.irs.gov)			
Sume todos los gastos anteriores para obtener el total de gastos relacionados con el negocio $			

¿Hay algún otro salario o giro que se pague a sí mismo? ☐ Sí ☐ No
(En caso afirmativo, facilite los recibos de sueldo de las últimas 4 semanas).

¿Hace regularmente contribuciones a la Ley Federal de Contribución al Seguro Social (FICA)? ☐ Sí ☐ No

Firme y coloque la fecha a continuación para certificar que esta es una declaración precisa de sus ingresos y gastos.

_____ _____ _____
Firma **Nombre en letra de imprenta** **Fecha**

Devolver a: Centralized Scanning Unit (CSU) P.O. Box 181, Concord NH 03301

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.