



JOE LOMBARDO
Governor

STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS
Director

ROBERT THOMPSON
Administrator

TANF MEDICAID SNAP

Fecha: _____

Nombre del Caso: _____

No. del Caso: _____



HOJA DE CÁLCULO PARA EL TRABAJADOR AUTÓNOMO

Si un miembro del hogar recibe ingresos de trabajo por cuenta propia, con excepción de la agricultura, complete la siguiente

información para el período de _____ hasta _____.

Nombre del negocio: _____ Dirección: _____

Nombre del propietario: _____ Dirección: _____

Periodo de operaciones: _____ hasta _____

1 Ingresos brutos o ventas (incluya el 100% de ganancias de capital)		\$ _____
2 Inventario al inicio del periodo	\$ _____	
3 Mercancías compradas	\$ _____	
4 Costos laborales (excluya su salario)	\$ _____	
5 Materias primas y Materiales	\$ _____	
6 Sume la líneas 2 a 5		\$ _____
7 Inventario al final del periodo		\$ _____
8 Reste la cantidad de la línea 7 de la línea 6. Este es su COSTO DE LOS BIENES VENDIDOS		\$ _____
9 Impuestos y Evaluaciones sobre la Propiedad Comercial		\$ _____
10 Renta pagada por la Propiedad Comercial o el Equipo		\$ _____
11 Gastos legales y profesionales	\$ _____	
12 Suministros de operación	\$ _____	
13 Reparaciones (sin incluir las mejoras de capital)	\$ _____	
14 Intereses sobre la compra de equipo de negocio	\$ _____	
15 Publicidad	\$ _____	
16 Intereses (sobre propiedad que genera ingresos)	\$ _____	
17 Servicios públicos	\$ _____	
18 Gastos de Correo y de Publicaciones	\$ _____	
19 Teléfono	\$ _____	
20 Seguro	\$ _____	
21 Transporte	\$ _____	



22	Gastos de Comisiones	\$ _____	
23	Otro (<i>describa</i>) _____	\$ _____	
24	Sume las líneas 11 – 23. Estos son sus OTROS GASTOS DE NEGOCIO	\$ _____	
25	Sume las líneas 8, 9, 10 y 24 para su COSTO TOTAL DE NEGOCIO	\$ _____	
26	Reste la línea 25 de la línea 1. Estos son sus INGRESOS NETOS	\$ _____	

PROPORCIONE LA VERIFICACIÓN DE TODOS LOS INGRESOS DECLARADOS EN LA LÍNEA 1 Y COPIAS DE LOS RECIBOS DE GASTOS. SI USTED TIENE CLIENTELA, PROPORCIONE EN HOJAS SEPARADAS NOMBRES, DIRECCIONES Y TELÉFONOS.

Yo declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender. También soy consciente de que los siguientes NO se consideran gastos del negocio: la depreciación; gastos personales, tales como el pago de impuestos sobre la renta federal, estatal y local; almuerzos; gastos de carácter social; transporte personal (es decir, al trabajo y viceversa); compra de bienes de capital; y los pagos en el principal de los préstamos para bienes de capital o bienes durables.

_____	_____	____/____/____	_____
Firma del cliente	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono

_____	_____	_____	____/____/____	_____
Firma (de la persona llenando el formulario)	Nombre con letra de molde	Título	Fecha	Número de teléfono

