

**INFORME DE INGRESOS DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA
 SELF-EMPLOYMENT INCOME REPORT**

La información de identificación personal sólo se utilizará para la administración directa de los programas de asistencia.*

Mes del informe (mes/año)	Fecha de hoy	Nombre del trabajador	Agencia	
Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Número de caso (si se conoce)	
Domicilio particular		Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la empresa	Domicilio laboral (si es diferente al domicilio particular) (calle, ciudad, estado, código postal)			

INGRESOS Y GASTOS - Ingrese las cantidades del mes anterior. Guarde los comprobantes, como recibos, etc., que indiquen las cantidades que usted ingrese. Las asociaciones y empresas deben reportar los ingresos y gastos en conjunto, a partir de los cuales se calculará su participación.

¿Qué porcentaje de la empresa le pertenece al solicitante que figura a continuación? _____%	Número de horas trabajadas este mes: _____ (usado para determinar si obtiene ingresos por rentas y para la inscripción voluntaria a FSET).
--	--

<u>Ingresos</u>	
1. Ventas brutas, ganancias netas de capital y otros ingresos	\$
<u>Gastos</u>	
2. Materiales y provisiones (incluir artículos de oficina)	\$
3. Sueldos (no incluir el sueldo propio)	\$
4. Comisiones pagadas a los empleados	\$
5. Gastos de vehículos (combustible y mantenimiento)	\$
6. Gastos de viajes de negocios (comidas, alojamiento, y gastos de transporte no incluidos en la categoría de vehículos y camiones en la línea 5).	\$
7. Alquiler de la propiedad de la empresa	\$
8. Reparación de la propiedad y del equipo de trabajo (no incluir los costos de vehículos ingresados en la línea 5).	\$
9. Gastos de teléfono y mobiliario de la empresa	\$
10. Gastos de carga o transporte	\$
11. Servicios legales y profesionales	\$
12. Seguro de la empresa	\$
13. Servicios bancarios pagados por la empresa	\$
14. Intereses a pagar por deudas de la empresa (no incluir los intereses pagados por la compra de bienes inmobiliarios para generar ganancias que se deben ingresar en la línea 19)	\$
15. Gastos de publicidad	\$
16. Cuotas y publicaciones	\$
17. Otros gastos (no incluir amortización, transporte de ida y vuelta al trabajo)	\$
a)	\$
b)	\$
c)	\$

18. Compra de generadores de rentas de bienes raíces, bienes de capital y equipos, y bienes duraderos de consumo (o pagos del capital por los préstamos para la compra de estos activos).	\$
19. Pagos del capital por los préstamos para la compra de generadores de rentas de bienes raíces, bienes de capital y equipos, y bienes duraderos de consumo).	\$
20. Amortización	\$
21. GASTOS TOTALES (resultado de sumar la cantidad de la línea 2 a la línea 20).	\$
22. GANANCIAS TOTALES (o pérdidas) (resultado de restar la cantidad de la línea 21 a la línea 1).	\$
Por la presente certifico que esta información es precisa según mi leal saber y entender. Comprendo que deberé presentar los comprobantes y documentos para comprobar estas cifras.	
Firma del participante	Fecha de firma

Sólo para Uso Oficial

This page is to be completed by the Income Maintenance worker to compare against the applicable AG Budget outcome(s) for this business after self-employment entry into CWW.

FoodShare (FS) Countable Income:	
1. Net Business Income (Line 22 of page 1)	\$
2. Depreciation (Line 17 of page 1) If negative, enter zero.	+ \$
3. Countable Income (Line 1 plus line 2 above)	= \$
4. If ownership of corporation or partnership is less than 100%, multiply line 3 above by % of business owned by AG.	Complete this step only if applicable: Total from Line 3 above: \$ X % ownership: X % = FS Countable Income: \$

Medicaid for the Elderly, Blind or Disabled (MA) Countable Income:	
1. Net Business Income (Line 22 of page 1)	\$
2. Disallowed purchase of income producing real estate, capital assets and equipment, and durable goods (or principal payments on loans for the purchase price of these assets). (Line 18 of page 1)	+ \$
3. Countable Income (Add lines 1 and 2 above).	= \$
4. If ownership of corporation or partnership is less than 100%, multiply line 3 above by % of business owned by AG.	Complete this step only if applicable: Total from Line 3 above: \$ X % ownership: X % = MA Countable Income: \$

BadgerCare Plus (BC+) Countable Income:	
1. Net Business Income (Line 22 of page 1)	\$
2. Disallowed expense of purchase of income producing real estate, capital assets and equipment, and durable goods (or principal payments on loans for the purchase price of these assets). (Line 18 of page 1)	+ \$
3. Depreciation (Line 20 of page 1) If negative, enter zero.	+ \$
4. Countable Income (Add lines 1, 2, and 3 above).	= \$
5. If ownership of corporation or partnership is less than 100%, multiply line 4 above by % of business owned by AG.	Complete this step only if applicable: Total from Line 4 above: \$ X % ownership: X % =BC+ Countable Income: \$
Note: If applicable, 2nd income test using IM income without depreciation added back into the income will appear as follows:	
Total of Line 4 above (or 5 if applicable)	\$
Less Depreciation Expense* (Line 3 above)	- \$
BC+ 2nd Income Test Outcome	= \$
*Multiply by percent ownership if less than 100% of business is owned by AG.	

Note: When using multiple months of SEIRFs to calculate average, enter the average of all SEIRFs completed by the member for this business when completing lines on this page of worksheet. This page only needs to be completed once to calculate the average of all SEIRFs completed by a member for a business.