

	Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil CERTIFICACION DE DECLARACION DE AUTO-EMPLEO	Devolver a: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827
--	---	--

Sección 1: Información General

Nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento (FDN):	Número telefónico de contacto:
Número de seguro social (opcional):	Nombre de la empresa:

Sección 2 Ingreso (proporcione sus últimos 3 meses de ingreso). Adjunte verificación de ingreso.

Nombre del cargo:		EIN:	
Mes	Sueldo bruto	Fecha de recepción	Horas trabajadas
Horario laboral: <i>(Si el horario es cambiante, indique el número de días trabajados por semana)</i>			
Cuántas horas trabaja diariamente, por ejemplo de 9 am a 5 pm:		Trabaja durante: <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Fines de semana	
Número de horas trabajadas por semana:		Promedio de horas trabajadas en los últimos 3 meses:	

Sección 3. Declaración

Yo, _ , por medio de la presente declaro lo siguiente:

Declaro que este ingreso proviene de mi auto-empleo. Soy apto para presentar declaraciones de impuestos de auto-empleo estatales y federales. Tengo el potencial para tener ganancias o pérdidas.

La información que proporcione en este formato es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Estoy consciente que si proporcione información que no sea verdadera o si me reservo información, puedo ser legalmente castigado por fraude o perjurio. También podría tener que reembolsar al Estado de Maryland por cualquier pago en que hayan incurrido derivado de mi fraude o error.

Sección 4 Firma

Consentimiento de divulgación de la información

Entiendo que esta información podrá ser verificada y utilizada por el Programa de Becas de Cuidado Infantil para determinar mi elegibilidad a una beca de cuidado infantil.

Firma:	Fecha:
--------	--------