



Fairfax County Office for Children (Oficina de Niños del Condado de Fairfax)

School Age Child Care (Cuidado de Niños en Edad Escolar)

12011 Government Center Pkwy., Suite 936, Fairfax, VA 22035

Phone: 703-449-8989 • Fax: 703-653-1304

Formulario de Información para el Trabajador Independiente

Este formulario debe ser completado por el/los padre(s) si ellos han sido trabajadores independientes por menos de 12 meses. Por favor adjunte una copia de la licencia del negocio o aplicación para una licencia de negocio.

Nombre del Padre: _____ Nombre del Niño: _____

Número de Cuenta: _____ Teléfono de la Casa: _____ Celular: _____

Identificación del negocio: _____ Nombre de Negocio: _____

Dirección del Negocio: _____ Teléfono del Negocio: _____

Número de meses de operación *: _____
*usar en calculaciones abajo

INGRESOS

1. **Total ingreso bruto desde el inicio del año hasta la fecha** (todos los ingresos antes de los gastos) Línea A \$ _____

2. **Total del ingreso bruto por mes:**
Línea A ÷ (dividir entre) número de meses de operación *mire arriba Línea B \$ _____

3. **Ingreso anual: Línea B x** (multiplicar por) 12 meses Línea C \$ _____

GASTOS

Incluya gastos que son aceptados por el IRS (se refiere al Formulario 1040 del IRS Schedule C).
[Recibos pueden ser requeridos.]

4. **Total de gastos desde el inicio del año hasta la fecha** Línea D \$ _____

5. **Total de Gastos por mes:**
Línea D ÷ (dividir entre) número de meses en operación *mire arriba Línea E \$ _____

6. **Gastos anuales: Línea E x** (multiplicar por) 12 meses Línea F \$ _____

INGRESO NETO

7. **Ingreso Neto: Línea C – (menos) Línea F** (Ingreso menos Gastos) Línea G \$ _____

Yo certifico que la declaración financiera de mi negocio es verdadera y exacta. Yo notificaré a la Oficina de Registración de SACC acerca de cualquier cambio en la información que consta arriba dentro de 10 días útiles.

Firma del Padre

Fecha

