HOUSING AUTHORITY
OF THE COUNTY OF SANTA CRUZ
2931 MISSION STREET SANTA CRUZ CA 95060-5709
Teléfono: (831) 454-9455 Fax: (831) 469-3712

CERTIFICACIÓN DE TRABAJO INDEPENDIENTE

Nombre de la persona principal de la familia: _____ Nº de ident.: _____

Nombre de la persona con trabajo independiente: _____ Nº de SS: _____

Use este formulario para proveer un resumen de sus ingresos como empleado independiente y de sus gastos en los últimos doce meses. Por favor incluya un informe detallado de los ingresos y gastos en ese período, si es posible. Además, por favor adjunte una copia completa de los formularios de impuestos presentados a la Dirección Impositiva, incluyendo el formulario 1040, el Suplemento C y el Suplemento SE, si fuera pertinente.

1. ¿Presenta usted formularios de impuestos por su trabajo independiente? ☐ Sí ☐ No (Si no, ¿por qué no?)

2. Por favor establezca el período que cubre la siguiente información:

Del (fecha de comienzo)_____ al (fecha en que termina)_____

2. Descripción del empleo independiente (tipo de negocio, etc.)

3. Ingresos brutos (cantidad total de ingresos que recibe de su empleo independiente)

Cantidad	Frecuencia	Dirección donde pueden verificarse los ingresos (si es pertinente)	*Para la AV*
a.			
b.			
c.			

4. Gastos del negocio (gastos en los que incurrió como resultado de realizar sus negocios)

Cantidad	Frecuencia	Descripción del gasto	*Para la AV*
a.			
b.			
c.			

5. Ingresos netos (total de ingresos menos total de gastos)

	Para la AV

Además reconozco y comprendo que esta Certificación de Empleo Independiente es verdadera, correcta y completa y que será la base para determinar la calificación según mis ingresos y / o la renovación de la ayuda en el Programa de Comprobante para Selección de Vivienda de la Sección 8 o de Vivienda Pública de Bajos Ingresos. Cualquier afirmación errónea o declaración falsa puede resultar en la denegación o la pérdida de la ayuda de vivienda. Además, comprendo que puede requerírseme que devuelva toda la ayuda de vivienda que se haya sobrepagado a mi familia a causa del fraude. **ADVERTENCIA – LA SECCIÓN 1001 DEL TÍTULO 18 DEL CÓDIGO DE LOS ESTADOS UNIDOS ESTABLECE QUE CUALQUIER PERSONA SERÁ CULPABLE DE FELONÍA AL HACER, A SABIENDAS Y VOLUNTARIAMENTE, DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS A CUALQUIER DEPARTAMENTO O AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS.**

X _____

Nombre en letra de imprenta | Firma | Fecha

X _____

Nombre en letra de imprenta de la persona principal de la familia | Firma | Fecha