



OFICINA DE MARYLAND DE  
PROGRAMAS DE ENERGÍA EN HOGARES  
VERIFICACIÓN DE TRABAJO INDEPENDIENTE

DEVUELVA ESTE FORMULARIO A:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Si usted trabaja por su cuenta, por favor llene este formulario y adjunte documentación de la cantidad reportada por los últimos 30 días. Si usted declara impuestos, el formulario Schedule SE del IRS es requerido. Si usted no ha declarado impuestos, por favor incluya sus libros/declaraciones semanales, mensuales y/o trimestrales, libros de contabilidad, recibos de ventas, cheques cancelados, facturas de cobro o estados de cuentas bancarias/depósitos de los últimos 30 días.

Nombre del aplicante: \_\_\_\_\_

# de identificación del cliente: \_\_\_\_\_

Dueño de un negocio: \_\_\_\_\_

La agencia local lo proveerá \_\_\_\_\_

Tipo de negocio: \_\_\_\_\_

Periodo cubierto: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Ingreso reportado: \_\_\_\_\_

Si declaró impuestos, use la línea 3 del Schedule SE y divídala por 12.  
Si no declaró impuestos, use el ingreso bruto de los últimos 30 días.

¿Usted declara impuestos por su trabajo independiente?

Sí (El formulario Schedule SE se ha adjuntado)

No (Si no, explique y adjunte documentación):

**SI USTED SOLO RECIBE EFECTIVO POR SUS SERVICIOS:**

Ingreso bruto	Fecha en que se recibió	Ingreso bruto	Fecha en que se recibió

Yo juro (o declaro) que toda la información dada en esta declaración es cierta, correcta y completa según mi capacidad, conocimiento y creencia.

Autorizo a la Oficina de Programas de Energía en Hogares (OHEP) y/o la Oficina del Inspector General (OIG) a verificar todo el ingreso de mi hogar, las cuentas bancarias, los gastos, los seguros y cualquier otro beneficio, y a otras agencias gubernamentales/no gubernamentales a dar y/o recibir información de OHEP necesaria para completar esta aplicación.

Maryland tiene una ley contra el fraude. Se pueden aplicar sanciones por no decir la verdad al aplicar por asistencia para pagar por los costos de la energía en el hogar. Entiendo que se me sancionará con una multa y/o encarcelamiento por hacer declaraciones falsas. Mi firma abajo hace que esta declaración sea obligatoria.

Cuando alguien distinto al aplicante completa esta aplicación, la(s) persona(s) firmante(s) aceptan reportar a la agencia local cualquier cambio del que tenga(n) conocimiento en cuanto a las circunstancias financieras del aplicante o su relación con el aplicante.

Firma del dueño del negocio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He revisado la documentación de trabajo independiente del aplicante (circule todas las que apliquen) libros/declaraciones, libros de contabilidad, recibos de ventas, cheques cancelados, facturas de cobro, estados de cuentas bancarias/depósitos, órdenes de compra o recibos de pagos en efectivo.

Firma del trabajador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_