



Comprovação de renda de autônomo

Use este formulário como uma comprovação de sua renda como autônomo.

Você poderá usar este formulário se:

- não tiver documentação formal e atual de seu trabalho como autônomo, ou
- realizar trabalhos temporários (plataforma de transportes, entrega de alimentos [delivery], etc.) e não tem um contador.

RESUMO DE TRABALHO AUTÔNOMO

Preencha este resumo com base em sua renda mensal líquida. Renda mensal líquida é a quantia de dinheiro que resta a você, depois de pagar suas despesas de negócios e seus impostos.

Se você é autônomo e tem mais de um trabalho, use uma linha diferente para cada trabalho em "Business name/type of work," (Nome da empresa/Tipo de trabalho). Se alguma outra pessoa em seu agregado familiar for autônomo, ela deve preencher seu próprio resumo.

Nome do chefe da família: _____

Membro da família informando trabalho autônomo neste formulário: _____

ID de referência/ID do membro: _____

Telefone: _____ Data de hoje: _____

Nome da empresa/ Tipo de trabalho	Frequência com que você recebe renda deste trabalho	Renda bruta mensal	Despesas mensais*	Renda ou perda mensal média (líquida)	Total (líquido) no ano
Por exemplo: Smith Snowplowing	Sazonal (Dez–Abr; 5 meses)	\$6.000	\$500	$(\$6.000 - \$500) =$ \$5.500	$(\$5.500 \times 5 \text{ meses})$ = \$27.500

Renda total proveniente de trabalho autônomo do membro: \$ _____ Frequência (se diferente de anual): _____

Enumere as despesas de negócios que você tenha para manter seu negócio/trabalho autônomo. Essas despesas seriam o total das despesas mensais informadas na tabela acima.

Mais informações sobre a renda de meu agregado familiar (qualquer variação por estação/mês):



- Ao assinar este documento, declaro, sob pena de perjúrio, que os dados contidos neste formulário e na documentação de apoio ao formulário que eu desejar incluir são, pelo que eu saiba, verdadeiros e completos.
- Reconheço que se eu mentir neste formulário, minha cobertura de saúde poderá ser cancelada e poderei ter de reembolsar Massachusetts por qualquer crédito ou benefício de saúde que tenha recebido.

Assinatura do chefe da família: _____ Data: _____

**Para ver uma lista de despesas de negócios que podem ser deduzidas, acesse <https://www.irs.gov/publications/p334>, Capítulo 8. Pagar uma quantia mensal a si próprio NÃO é um gasto dedutível.*

DEVOLVA ESTE DOCUMENTO ASSINADO DE UMA DESSAS QUATRO MANEIRAS

- **Carregue-o para sua conta do HIX (Health Insurance Exchange)**
- **Envie-o por fax para** (857) 323-8300
- **Envie-o pelo correio para** Health Insurance Processing Center, PO Box 4405, Taunton, MA 02780
- **Entregue este formulário a** alguma pessoa nos seguintes locais:

Centros de Inscrição no MassHealth (MassHealth Enrollment Centers)

529 Main Street
Charlestown, MA 02129

88 Industry Avenue, Suite D
Springfield, MA 01104

21 Spring Street, Suite 4
Taunton, MA 02780

367 East Street
Tewksbury, MA 01876

100 Hancock Street, 1st Floor
Quincy, MA 02171

Centros de atendimento do Health Connector

133 Portland Street
Boston, MA 02114

146 Main Street
Worcester, MA 01608

PERGUNTAS?

Ligue para o Health Connector pelo telefone **(877) MA ENROLL, (877) 623-6765** ou **TTY: (877) 623-7773**. Ou ligue para o MassHealth pelo telefone **(800) 841-2900** ou **TTD/TTY: 711**.