



# 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, 1<sup>st</sup> 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**.