

Declaración de Autoempleo

HealthWorks solicita verificación de ingresos para verificar la elegibilidad para nuestro programa de descuento.

1. Fecha inicia del negocio: _____

2. Salario/Propinas (antes de impuestos) \$ _____ Por hora Semanal Cada 2 Semanas
 Bimensual Mensual Anual

3. ¿Piensa usted que su ingreso cambiará durante este año, por ejemplo trabajará por parte del año? Sí No

Si la respuesta es sí a la pregunta anterior, por favor completa las preguntas siguientes:

a. ¿Cuál es el número medio de horas trabajadas por semana? _____

b. ¿Tarifa por hora? _____

Nombre de Negocio

Dirección de Negocio

Número de Teléfono de Negocio

Firma

Fecha