

## INFORMACIÓN DEL PADRE/CUIDADOR

APELLIDO:		NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR:		NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO:	

## INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO AUTÓNOMO DE LA FAMILIA (si es diferente al anterior)

APELLIDO:		NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR:		NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO:	

## INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:			FECHA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD:		
DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NATURALEZA DE LA ACTIVIDAD:			NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL:		
FORMA JURÍDICA DE LA ACTIVIDAD (marque una de las siguientes opciones):				NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR:	
<input type="checkbox"/> Empresa individual <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Sociedad de Responsabilidad Limitada <input type="checkbox"/> Sociedad Mercantil de Tratamiento Fiscal Simplificado					

## DOCUMENTACIÓN ADJUNTA REQUERIDA DE LA ACTIVIDAD

ADJUNTE LA DOCUMENTACIÓN A CONTINUACIÓN:

Copia de la última declaración del impuesto federal sobre la renta presentada

SI NO PUEDE PROPORCIONAR UNA COPIA DE LA DECLARACIÓN DEL IMPUESTO FEDERAL SOBRE LA RENTA, ADJUNTE LA DOCUMENTACIÓN A CONTINUACIÓN:

Una planilla que muestre las ganancias de la actividad por cuenta propia; los ingresos brutos totales menos los costos de la actividad. Los costos de la actividad se establecen en el Título 55 del Código, Artículo 3042, Apéndice A, Sección 1, Inclusión de ganancias (T) de PA; Y

CONTROLE Y ADJUNTE DOS DE LOS DOCUMENTOS A CONTINUACIÓN:

<input type="checkbox"/> Libros contables	<input type="checkbox"/> Estado de cuentas bancarias
<input type="checkbox"/> Comprobantes de depósitos bancarios	<input type="checkbox"/> Cheques cancelados
<input type="checkbox"/> Recibos de caja en efectivo	<input type="checkbox"/> Comprobantes de cargos de tarjetas de créditos
<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Comprobantes de ventas de tarjetas de crédito
<input type="checkbox"/> Cualquier otro documento en el que se establezca razonablemente la ganancia bruta o las deducciones permitidas	

Acepto que he leído o que me han leído esta declaración en su totalidad y que toda la información suministrada es verdadera, correcta y completa a mi mejor saber, creer y entender. Comprendo que mi declaración está sujeta a lo establecido el Título 18 del Estatuto Consolidado, Artículo 4904 (referente a la falsificación indiscriminada a las autoridades) y que puedo recibir una sanción de multa, encarcelamiento o de inhabilitación para recibir beneficios de cuidado infantil subsidiado por realizar cualquier declaración falsa que pueda afectar mi situación de elegibilidad. Comprendo que si recibo beneficios de cuidado infantil subsidiado por los cuales no soy elegible, tendré que devolver el costo del beneficio de cuidado infantil subsidiado que recibí por error.

X

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/CUIDADOR

\_\_\_\_\_

FECHA

X

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA OFICINA DE CCIS

\_\_\_\_\_

FECHA