

Nombre del negocio/Autónomo: _____ Dirección del negocio/autónomo: _____
 Ciudad, estado y código postal : _____ N.º de teléfono del negocio/autónomo: _____
 Titular/dueño del negocio: _____ Tipo de negocio: _____
 Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

GROSS INCOME MES: MES: MES:

Total de ingresos brutos			
---------------------------------	--	--	--

Gastos de operación (del negocio /no personales)

Gastos: Ventas, Generales y Administrativos

Publicidad / Marketing/mercadotecnia directa			
Salarios de empleados / Programas de prestaciones para empleados			
Gastos de mantenimiento y reparaciones de oficina y equipos			
Provisiones			
Alquiler (Oficina)			
Alquiler (Equipo)			
Gastos del negocio: (teléfono, agua, luz, gas, recogida de basura, etc.)			
Licencias y tarifas / Honorarios legales & profesionales / Cuotas & suscripciones			
Seguros (especifique)			
Otros gastos (especifique)			
Total de gastos operativos:			

SUELDO PERSONAL / SALARIOS / PREVISIÓN DE INCENTIVOS MENSUALES MES: MES: MES:

Total mensual de sueldo personal / salarios / previsión de incentivos			
--	--	--	--

TOTAL DE GASTOS OPERATIVOS MES: MES: MES:

Total de ingresos (= Ingresos brutos – el total de gastos operativos)			
--	--	--	--

Con mi firma certifico que toda la información de mis ingresos como autónomo (trabajo por cuenta propia) es cierta y correcta.

Firma del dueño/autónomo: _____ Fecha: _____

Conforme a la ley pública sección 817.50 de los Estatutos de Florida, proveer datos falsos para defraudar a un hospital con el propósito de obtener bienes o servicios es un delito menor de segundo (2º) grado.