STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

JOE LOMBARDO
Governor

RICHARD WHITLEY, MS
Director

ROBERT THOMPSON
Administrator

☐ TANF ☐ MEDICAID ☐ SNAP

Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____

DECLARACIÓN DE TRABAJADOR AUTÓNOMO/PROPINAS

DECLARACIÓN DE INGRESOS GANADOS POR _____
Mes, Año

Este reporte debe ser un registro llevado diariamente de todos los ingresos y gastos para su negocio, como es requerido por el gobierno federal para el IRS y la Seguridad Social (sus registros y recibos se pueden solicitar para verificar este reporte).

FECHA	INGRESOS	PROPINAS	GASTOS	NÚMERO DE HORAS	FECHA	INGRESOS	PROPINAS	GASTOS	NÚMERO DE HORAS
1'					16'				
2'					17'				
3'					18'				
4'					19'				
5'					20'				
6'					21'				
7'					22'				
8'					23'				
9'					24'				
10'					25'				
11'					26'				
12'					27'				
13'					28'				
14'					29'				
15'					30'				
					31'				

Recibí un total de ingresos de $ _____

Trabajé un total de _____ horas. Mi total de gastos fue $ _____ .

Firma del cliente	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono
		/ /	