



ESTADO DE RESULTADOS PARA EMPLEO POR CUENTA PROPIA

Formulario estatal 57373 (3-24)
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS FAMILIARES Y SOCIALES
PROGRAMA DE CUPONES DEL FONDO DE DESARROLLO Y CUIDADO INFANTIL (CCDF)

Usted debe proporcionar una copia de su transcripción de impuestos del IRS (solicitada en el formulario 4506T-EX del IRS) para el año fiscal presentado más recientemente, a menos que aún no se hayan presentado los impuestos debido a la fecha de inicio del negocio.

| | | |
|---|--|---|
| Nombre del solicitante/cosolicitante | | |
| Ocupación | | |
| Nombre del negocio | | |
| Dirección del negocio (número y calle, ciudad, estado y código postal) | | |
| ¿Es usted un proveedor de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿tiene licencia o certificado (LLEP)? <input type="checkbox"/> Licencia <input type="checkbox"/> Certificado (LLEP) ¿Cuál es su número de licencia de cuidado infantil? ¿Cuántos niños cuida? | | |
| Fechas de ingresos y gastos proporcionadas (debe ser para un período de 30 días dentro de los últimos 60 días) | | Fecha de inicio del negocio (día, mes, año) |
| ¿Tiene licencia del estado de Indiana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Está registrado ante la Secretaría de Estado de Indiana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene un número de identificación de empleador (EIN)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <i>Proporcione un estado de resultados para cualquier período de 30 días dentro de los últimos 60 días. Proporcione los ingresos (dinero recaudado por la venta de sus bienes o servicios). Puede considerar cualquier gasto considerado como tal por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) como un gasto comercial legítimo para fines del CCDF.</i> | | |
| Ingresos totales para el período de 30 días proporcionado: | | \$ |
| Gastos comerciales: | | Monto del gasto |
| Gasto: | | \$ |
| Gasto: | | |
| Gasto: | | |
| Gasto: | | |
| Gasto: | | |
| Gasto: | | |
| Gasto: | | |
| Gasto: | | |
| Gastos totales: | | \$ |
| Resultados (Ingresos totales menos gastos totales): | | \$ |
| CONFIRMACIÓN DEL SOLICITANTE/COSOLICITANTE | | |
| Con mi firma a continuación, confirmo que la información proporcionada es una representación verdadera y precisa de mis ingresos. Entiendo que se me puede pedir que proporcione documentación que respalde los ingresos y gastos, y acepto proporcionar esta información cuando la solicite. | | |
| Firma del solicitante | | Fecha (día, mes, año) |
| Firma del cosolicitante (si corresponde) | | Fecha (día, mes, año) |