



Condado de Los Ángeles – Departamento de Servicios de Salud
 Programa My Health LA (MHLA) – Unidad de Revisión de Elegibilidad
 FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

SECCIÓN 1 CEC – COMPLETE LO SIGUIENTE:

Si responde “SÍ” a alguna de las siguientes preguntas, usted es considerado un trabajador independiente y está obligado a proporcionar el formulario 1040 y el Anexo C o el estado de resultados si mantiene registros comerciales.

| | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ¿Trabaja por su propia cuenta? Por ejemplo, tiene un negocio a su nombre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Declarará impuestos este año como trabajador independiente por este trabajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted trabaja para alguien que necesita un nuevo contrato para contratarlo para un nuevo trabajo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sección 2 CEC – COMPLETE LO SIGUIENTE:

VERIFICACIÓN DE INGRESOS PARA EL MES DE: _____ **20** _____ **Fecha:** _____

| | | | |
|----------------------|-----------|-----------------------------------|------------------|
| CLÍNICA COMUNITARIA: | AFILIADO: | INFORMANTE PRINCIPAL/SOLICITANTE: | ID de PID / APP: |
|----------------------|-----------|-----------------------------------|------------------|

Sección 3 PARTICIPANTE – COMPLETE LO SIGUIENTE:

El empleador del asalariado debe firmar la sección “Firma del Empleador” a continuación si trabaja para alguien que retiene deducciones fiscales de su sueldo y le paga en efectivo o en cheque.

Trabajador independiente/pago en efectivo o cheque Empleado por otros/pago en efectivo o cheque (sin retenciones)

Me pagan: Diariamente Semanalmente Quincenalmente Mensualmente 2 veces al mes Otros

| Dia | Cantidad Bruta Ganada | No. de Horas Trabajadas | Nombre Completo del Empleador | Dirección del Empleador | Firma del Empleador (si le pagan en efectivo o cheque después de retenciones) |
|-----|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|--|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |



Condado de Los Ángeles – Departamento de Servicios de Salud
Programa My Health LA (MHLA) – Unidad de Revisión de Elegibilidad
FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

| | | | | | |
|----|--|--|---------|--|--|
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 31 | | | | | |
| | | | TOTALES | | |

YO, _____, POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA DECLARACIÓN

ANTERIOR ES UN REPORTE FIDEDIGNO DE MIS GANANCIAS, DURANTE EL MES DE _____ 20_____

FIRMA: _____



El Consejero Certificado de Afiliación (CEC) completa las Secciones # 1 y # 2

SECCIÓN 1:

Esto determinará si el trabajador se considera independiente. Si el solicitante responde “Sí” a una o más de las preguntas en la Sección #1, se considerará que es un trabajador independiente y aplicarán los lineamientos de cálculo de ingresos con respecto al trabajo independiente. Si se determina que el solicitante es un trabajador independiente, no podrá usar el Formulario de Verificación de Ingresos (IVF) para comprobar sus ingresos.

SECCIÓN 2:

Identifique el Mes de Verificación de Ingresos, la Clínica Comunitaria, el Afiliado, el Informante Principal /Solicitante y el Número de Identificación del Paciente (PID) e Identificación de la Solicitud (App ID).

El Solicitante completa la Sección # 3

1. Marque la casilla para especificar el tipo de empleo que reporta.

A. **Trabajador independiente/pago en efectivo o cheque**

B. **Empleado por otros/pago en efectivo o cheque (sin retenciones).**

*TENGA EN CUENTA QUE: si su empleador le paga en cheques y éste no hace retenciones fiscales de su pago, debe marcar **Empleado por otros/pago en efectivo o cheque (sin retenciones).***

2. En la sección “**Me pagan**”, identifique la frecuencia de pago al marcar en la casilla para especificar cada cuánto le pagan. *

Diariamente Semanalmente Quincenalmente Mensualmente 2 veces al mes Otros)

Lea las Preguntas Frecuentes del Formulario de Verificación de Ingresos (IVF) para ver ejemplos de cómo completar el IVF para las siguientes frecuencias de pago.

- 1) Anexo #1 – Solicitante con Pago Diario
- 2) Anexo # 2 – Solicitante con Pago Semanal – ingresos estables
- 3) Anexo # 3 – Solicitante con Pago Semanal – ingresos fluctuantes
- 4) Anexo # 4 – Solicitante con Pago Semanal – dos empleadores (el mismo IVF)

3. **3. Día, Cantidad Bruta Ganada, Horas trabajadas, Nombre del Empleador, Dirección y Firma:** debe escribir la cantidad bruta ganada y el número de horas que trabajó para cada día del mes en el que le pagaron. Su empleador debe firmar la sección “Firma del Empleador” si usted trabaja para alguien que retiene deducciones fiscales de su pago, pero le paga en efectivo o en cheque. **Totales:** agregue las ganancias y horas trabajadas para el mes y escriba los totales en esta sección.

4. **Certificación:** Escriba su firma y aclaración para el mes y año declarados.