FAIRFAX COUNTY

DEPARTMENT OF FAMILY SERVICES
Office for Children School Age Child Care
12011 Government Center Pkwy. – Suite 936
Fairfax, VA 22035 703-449-8989
FAX 703-653-1304
www.fairfaxcounty.gov/ofc

CLEAR

Self-Employment Information Form فرم اطلاعات شغل آزاد

(شغل آزاد كمتر از 12 ماه)

نام والد_____ نام كودك _____

نام حرفه _____ تلفن منزل _____ شماره سلفون_____

آدرس حرفه_____ شماره تلفن محل كار _____

شماره حساب _____ طول مدتي كه در اين حرفه هستيد _____

درآمد

1. درآمد ناخالص از آغاز سال تا امروز (همه درآمدها قبل از مخارج) $_____

2. محاسبه جمع درآمد ناخالص براي 12 ماه
(خط 1 تقسيم بر تعداد ماه هاي فعاليت) ضربدر 12 $_____

مخارج

مخارجي را ذكر كنيد كه توسط اداره ماليات (IRS) پذيرفته شده است. (به جدول C فرم 1040 اداره ماليات مراجعه كنيد). [رسيد ممكن است الزامي باشد.]

3. جمع مخارج از آغاز سال تا امروز $_____

4. محاسبه جمع مخارج براي 12 ماه
(خط 3 تقسيم بر تعداد ماه هاي فعاليت) ضربدر 12 $_____

درآمد خالص

5. جمع درآمد ناخالص منهاي جمع مخارج (سطر 4 را از سطر 2 كم كنيد) $_____

من گواهي مي نمايم كه حداقل هفته اي 30 ساعت كار مي كنم، و اين يك اظهارنامه مالي صحيح و دقيق حرفه من است. من متوجه هستم كه اين اظهارنامه مورد مميزي قرار خواهد گرفت و دادن اطلاعات غيردقيق يا غلط غيرقانوني است و مي تواند به از دست دادن خدمات مراقبت از كودك منجر شود. در رابطه با هر گونه تغيير در اطلاعات بالا من قسمت ثبت نام SACC را آگاه خواهم ساخت.

_____ امضاي والد

_____ تاريخ

O F C Office for Children
www.fairfaxcounty.gov/ofc

يك نشريه كانتي فرفكس، ويرجينيا.

Fairfax County Department of Family Services

براي درخواست وسايل راحتي ADA، با شماره تلفن 703-449-1414 يا 711 TTY.

Rev. 6/13