



# 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/childcare/sacc.htm](http://www.fairfaxcounty.gov/childcare/sacc.htm)

## FORMULARIO DE INFORMACION PARA EL TRABAJADOR AUTONOMO

(trabajador autónomo por menos de 12 meses)

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Nombre del Niño \_\_\_\_\_

Nombre del Negocio \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección del Negocio \_\_\_\_\_ Teléfono del Negocio \_\_\_\_\_

Número de Cuenta \_\_\_\_\_ Periodo de Tiempo en el Negocio \_\_\_\_\_

### INGRESOS

1. Inicio del año hasta la fecha, Total del Ingreso Bruto (todos los ingresos antes de los gastos) \$ \_\_\_\_\_

2. Total del Ingreso Bruto, cálculo por 12 meses  
(línea 1 dividida por el número de meses en operación) x 12 \$ \_\_\_\_\_

### GASTOS

Use gastos que son aceptados por el IRS (se refiere al Formulario 1040 del IRS Listado C).  
[Recibos pueden ser requeridos.]

3. Inicio del año hasta la fecha, Total de Gastos \$ \_\_\_\_\_

4. Total de Gastos, cálculo por 12 meses  
(línea 3 dividida por el número de meses en operación) x 12 \$ \_\_\_\_\_

### INGRESO NETO

5. Total del Ingreso Bruto menos el Total de Gastos (restar línea 4 de 2) \$ \_\_\_\_\_

**Yo certifico que trabajo un mínimo de 30 horas por semana, y que es verdadera y exacta la declaración financiera de mi negocio. Yo notificaré a la Oficina de Registración de SACC de cualquier cambio en la información que consta arriba.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**O F C** Office for Children  
[www.fairfaxcounty.gov/ofc](http://www.fairfaxcounty.gov/ofc)



Una publicación del Condado de Fairfax, Virginia.



Para solicitar adaptaciones razonables conforme la Ley sobre personas con incapacidades (ADA), llame a 703-449-1414, O TTY 711.