BES
Form 452A MS, 1/02

Department of Health

Utah Department of Health

REGISTRO DE EMPLEO PROPIO

Nombre:_____ # del Caso: _____

Nombre de su Negocio:_____ # de Seguro Social: _____

Mes: _____ 20_____ Horas Trabajadas Este Mes: _____

INGRESOS RECIBIDOS: Favor de apuntar todos los ingresos recibidos de su negocio en el mes mencionado. Es posible que se requiera verificaciónes de estos ingresos.

GASTOS PAGADOS: Favor de apuntar todos los gastos de su negocio. No incluya gastos personales. Es posible que se requiera verificaciónes de estos gastos.

Fecha Recibida	Origen del Ingreso	Cantidad	Ver.
Ingresos recibidos este mes:			

Fecha de Gasto	Gasto	Cantidad	Ver.
Gastos pagados este mes:			

Todo mencionado en esta forma es una declaración valida de ingresos y gastos de mi negocio.

_____ _____

Firma Fecha