DECLARACIÓN DE TRABAJO POR CUENTA PROPIA

Adjunte a la solicitud restringida de escritura

Nombre del solicitante**:** _____

Nombre de la empresa: _____ Dirección: _____

Naturaleza de la empresa: _____

Fechas de trabajo por cuenta propia: de _____ a _____

☐ Temporal ☐ Todo el año Y ☐ Tiempo parcial ☐ Tiempo completo

% de trabajo que requiere presencia dentro del Distrito Escolar R1: _____%

Horas: Número total de horas trabajadas en los últimos 12 meses: _____

Número de meses trabajados un mínimo de 40 horas: _____

Ingresos: Distribución total de ingresos brutos en los últimos 12 meses: $ _____

Se pagó una cantidad bruta de $ ☐ Por hora ☐ Por día ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

- Copia de todas las licencias comerciales vigentes.
- Copia de licencias profesionales *(si aplica)*
- Impuestos sobre actividades económicas *(si aplica)*
- Copia del estado de pérdidas y ganancias de los 12 meses anteriores
- Verificación de horas
  - **P. ej., facturas, libros de contabilidad, registros comerciales de clientes con lugares, fechas/horas/horas trabajadas**
- Verificaciones del cliente
  - **Se puede pedir verificación de terceros además de la verificación de horas de arriba**

CERTIFICACIÓN

Puedo dar nombres y direcciones de clientes, trabajos y otra información pertinente para respaldar mi empleo si se solicita. Entiendo que esta información puede usarse para verificar mi calificación para ser propietario u ocupar una vivienda con escritura restringida. Daré otra información relacionada con mis calificaciones según la restricción de escritura según lo solicitado.

Bajo pena de perjurio, yo, el abajo firmante, declaro que toda la información enviada, incluyendo los archivos adjuntos enviados a SMRHA para verificar mi trabajo por cuenta propia, es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____

STATE OF COLORADO)
)ss.
COUNTY OF SAN MIGUEL)

Acknowledged, subscribed, and sworn to before me this _____day of _____ 2024 by

_____

Witness my hand and official seal.

My Commission Expires: _____ _____

Notary Public
[REQUIRED]