

INGRESOS DE TRABAJO INDEPENDIENTE

El presente es un documento oficial del gobierno. La información incompleta o falsa en este formulario podrá originar una acción penal, de acuerdo con los Artículos 31.04, y 37.10, u otras secciones del Código Penal de Texas.

Por favor complete este formulario si no reporta Impuestos (Forma 1040/1040A).

Nombre de la persona	
Ocupación	
Ingresos mensuales estimados	

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta: _____

Teléfono: _____

This document contains protected and confidential patient health information. This document must be secured at all times while in use and must be immediately disposed of in the blue recycling bin when you are done using the document.

Printed copies of this document are uncontrolled. In the case of a conflict between printed and electronic versions of this document, the controlled version published on the Harris Health System Document Control Center prevails.