

Solicitud de Cobertura de Trabajo por Cuenta Propia



Las personas que trabajan por cuenta propia pueden optar por participar en Permiso Pagado de Oregon.

Elegir cobertura bajo el programa de Permiso Pagado de Oregon es un compromiso de tres años. Debe pagar contribuciones trimestrales al programa en función de los ingresos netos de su año fiscal anterior del trabajo por cuenta propia (ingresos brutos menos gastos) después de la aprobación de su solicitud.

Recomendamos familiarizarse con la definición de trabajador por cuenta propia tal como se define en ORS 657B.010 (22), todos los términos, condiciones y requisitos del programa antes de enviar una solicitud. Puede encontrar información en paidleave.oregon.gov o solicitar información llamándonos al 503-947-1488.

INSTRUCCIONES:

- **Campos marcados con * son obligatorios**
- Asegúrese de que las respuestas sean legibles
- Le notificaremos por correo después de que su solicitud sea revisado
- Complete este formulario con tinta negra o azul
- Envíe por correo el formulario completo y los documentos requeridos a la dirección en la página 3

IDENTIFICACIÓN

| | |
|--|--|
| *Primer nombre: | *Apellido: |
| Hacer negocios como (DBA): | |
| *Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): | <input type="checkbox"/> Número de Seguro Social (SSN) o Impuesto Individual |
| Licencia de conducir/identificación estatal Número: El estado en cual se emitió la licencia de conducir: | <input type="checkbox"/> Número de Identificación (ITIN) *Número: _____ |

INFORMACIÓN DE CONTACTO

| | |
|------------------------------|--|
| País de origen del Teléfono: | Tipo de teléfono (circule uno): Fijo Celular Trabajo Otro: |
| *Número de teléfono: | Dirección de correo electrónico: |

DIRECCIÓN FÍSICA

| | | | |
|-----------------|------------------|----------|-----------|
| *Calle Línea 1: | | | |
| Calle Línea 2: | | | |
| Tipo de unidad: | Unidad numérica: | *Ciudad: | |
| *Estado: | *Código postal: | Condado: | Atención: |

DIRECCIÓN POSTAL *(si es diferente de la dirección física)*

| | | | |
|-----------------|------------------|----------|-----------|
| *Calle Línea 1: | | | |
| Calle Línea 2: | | | |
| Tipo de unidad: | Unidad numérica: | *Ciudad: | |
| *Estado: | *Código postal: | Condado: | Atención: |

DEMOGRAFÍA DEL NEGOCIO

| |
|--|
| ¿Cuál es su actividad comercial principal*? |
| Código del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (NAICS), si se conoce: |

COMPROBANTE DE INGRESOS

Debe completar su verificación anual de ingresos y proporcionar sus documentos de declaración de impuestos personales federales y de Oregon antes del 30 de abril de cada año para establecer su ingreso neto del trabajo por cuenta propia para el año fiscal anterior. Esta información se utilizará para determinar sus contribuciones al programa de Permiso Pagado de Oregon y los montos de beneficios para reclamos futuros.

Si no ha presentado su declaración de impuestos sobre la renta de Oregon para el año fiscal anterior, presente su declaración de impuestos más reciente. Una vez que haya presentado su declaración de impuestos del año anterior ante el Departamento de Ingresos de Oregon (DOR), envíe una copia de la declaración al programa del Permiso Pagado de Oregon a más tardar el 30 de octubre.

¿Presenta una declaración de impuestos conjunta?

Sí No

En caso afirmativo, ¿es usted el único trabajador por cuenta propia que asalaria? Sí No

Debe adjuntar **su declaración de impuestos federales sobre la renta personal (Formulario 1040) y su Formulario OR-30 de Oregon, o el Formulario OR-40-P de Oregon**. También debe incluir todos sus horarios.

Si se proporciona el consentimiento, el Departamento de Empleo verificará con el Departamento de Ingresos de Oregon (DOR) el ingreso neto de Oregon reportado en el documento. Si no da su consentimiento para que el Departamento de Empleo verifique el ingreso neto de Oregon del trabajo por cuenta propia con DOR, debe proporcionar una transcripción oficial de la declaración de impuestos de Oregon de DOR.

Autorizo al Departamento de Ingresos de Oregon a divulgar mi nombre, dirección, Número de Seguro Social (SSN) o Número de Identificación Fiscal Individual (ITIN), y el ingreso neto de Oregon del trabajo por cuenta propia para el año fiscal especificado en esta solicitud para verificar la información según lo informado o ajustado en mi declaración de impuestos sobre la renta personal de Oregon para el propósito de la administración del programa de Permiso Pagado de Oregon. Autorizo la divulgación de mi información a los empleados del Departamento de Empleo que han firmado un acuerdo de secreto del Departamento de Ingresos. Sí No

***¿Cuál es su ingreso neto del trabajo por cuenta propia según lo informado en su declaración de impuestos sobre la renta personal de Oregon?**

\$ _____

Por favor consulte la página 3 para conocer los diferentes formularios de impuestos que puede usar para encontrar sus ingresos netos.

CERTIFICACIÓN

- Certifico bajo pena de ley que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la ley establece sanciones por hacer declaraciones falsas para obtener beneficios a través del programa de Permiso Pagado de Oregon.
- Estoy de acuerdo con todo lo siguiente: 1) pagar contribuciones por un período de no menos de tres años (ORS 657B.130); 2) proporcionar cualquier información y documentación sobre mis ingresos netos del trabajo por cuenta propia que el departamento considere necesaria para la administración de la cobertura electiva, incluyendo pero no limitado a, proporcionar una copia de mi declaración de impuestos sobre la renta personal de Oregon (OAR 471-070-2010); y 3) proporcionar información adicional para confirmar la elegibilidad para la cobertura electiva, si así lo solicita el departamento.
- Entiendo que no puedo terminar mi cobertura electiva individual por cuenta propia hasta que esa cobertura haya sido en vigor durante al menos tres años, a menos que presente una solicitud de bancarrota, cambie de estado laboral o no lo haya hecho, gané al menos \$ 1,000 en ingresos netos del trabajo por cuenta propia en el año fiscal anterior, y que para solicitar la terminación, debo presentar una solicitud de terminación y proporcionar documentación aprobada por Permiso Pagado de Oregon. (ORS 657B.130; OAR 471-070-2170)

Entiendo que el departamento puede cancelar mi cobertura electiva individual de trabajo por cuenta propia por cualquiera de las siguientes razones: 1) Estoy atrasado en el pago de mis contribuciones, 2) No proporcioné el formulario de verificación de ingresos anuales, 3) Ya no soy elegible, o 4) cualquier otra razón que me descalifique de la cobertura y no seré elegible para elegir cobertura por un período de tres años. (OAR 471-070-2170)

Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Executed this _____ Día de _____, _____ a _____, _____
 mes año ciudad estado

Firma:

Fecha:

Por favor, envíe este formulario y los archivos adjuntos requeridos a:

Departamento de Empleo de Oregon
Solicitud de Trabajo por Cuenta Propia de Permiso
Pagado de Oregon
875 Union St NE
Salem, OR 97311

¿NECESITA AYUDA?

El Departamento de Empleo de Oregon (OED) es una agencia de igualdad de oportunidades. Todos tienen derecho a utilizar los programas y servicios del OED. OED proporciona ayuda gratuita. Algunos ejemplos son intérpretes de lenguaje de señas y lenguaje hablado, materiales escritos en otros idiomas, braille, letra grande, audio y otros formatos. Si necesita ayuda, llame al 503-370-5800.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede solicitar ayuda en paidleave@oregon.gov.

ENCUENTRA TUS INGRESOS NETOS

Utilice la siguiente información para encontrar su ingreso neto del trabajo por cuenta propia o contratista independiente para usted.

RESIDENTES DE OREGON (FORMULARIO OR-40)

| Tipo de estructura de negocio | Ingresos netos | Formulario de impuestos | Línea de formulario de impuestos |
|-------------------------------|---|---|----------------------------------|
| Empresa individual | <ul style="list-style-type: none"> Ganancia (pérdida) neta | Horario C (Formulario 1040) | Línea 31 |
| Granja | <ul style="list-style-type: none"> Ganancia o (pérdida) neta de la granja | Horario F (Formulario 1040) | Línea 34 |
| Asociación | <ul style="list-style-type: none"> Pagos garantizados; y Ingresos ordinarios del negocio (pérdidas) | Declarante único - Horario E (Formulario 1040) | Líneas 28i y 28k |
| | | Declarante conjunto - Horario K-1 (Formulario 1065) | Líneas 1 y 4a |
| S corporación | <ul style="list-style-type: none"> Ingresos ordinarios del negocio (pérdidas) | Declarante único - Horario E (Formulario 1040) | Líneas 28i y 28k |
| | | Declarante conjunto - Horario K-1 (Formulario 1120-S) | Línea 1 |

RESIDENTES DE OREGON DE MEDIO AÑO (FORMULARIO OR-40-P)

| Tipo de estructura de negocio | Ingresos netos | Formulario de impuestos | Línea de formulario de impuestos |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|---|
| Empresa individual | <ul style="list-style-type: none"> • Ganancia (pérdida) neta | Formulario OR-40-P | Línea 13S |
| Granja | <ul style="list-style-type: none"> • Ganancia o pérdida neta de la granja | Formulario OR-40-P | Línea 18S |
| Asociación | <ul style="list-style-type: none"> • Pagos garantizados; y • Ingresos ordinarios del negocio (pérdidas) | Mira su Oregon K-1 | Líneas 1b y 4b |
| S corporación | <ul style="list-style-type: none"> • Ingresos ordinarios del negocio (pérdidas) | Mira su Oregon K-1 | Línea 1b |

DIVULGACIÓN VOLUNTARIA

Proporcionar esta información es voluntario. Recopilaremos su respuesta solo para fines de informes y sus respuestas no afectan su elegibilidad para la cobertura de Permiso Pagado de Oregon.

¿Tiene una discapacidad? Se consideraría que tiene una discapacidad si tiene una discapacidad física, intelectual y / o del desarrollo o una afección médica que limita sustancialmente una actividad principal, o si tiene una antecedentes o registro de una discapacidad o condición médica.

- Sí
- No
- Prefiero no decir
- No estoy seguro (para representantes autorizados)

¿Cuál es su estatus de veterano o militar?

- Soy un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, las Sirvientes Militares, o la Guardia Nacional
- Soy activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, las Reservas Militares o la Guardia Nacional
- No soy veterano o no tengo estatus militar
- Prefiero no decir

¿Cuál es tu idioma principal que se habla en casa?

- Inglés
- Español
- Vietnamita
- Ruso
- Mandarín
- Cantonés
- Árabe
- Somalí
- Lao
- Amárico
- Farsi
- No listado

No estoy seguro (para representantes autorizados)

¿Cuál es el grado o nivel más alto de la escuela que has completado?

- Sin escuela
- Menos que la escuela secundaria
- Algo de escuela secundaria, sin diploma
- Graduado de la escuela secundaria, incluido GED o equivalente

¿Eres de origen hispano, latino/a, o español? Por favor, elija una respuesta.

- Sí, soy de origen hispano, latino/a, o español
- No, soy de origen hispano, latino/a, o español
- No sé
- Elige no decir
- No estoy seguro (para representantes autorizados)

Si responde afirmativamente, seleccione una de las siguientes opciones:

- Centroamericano
- Dominicano
- Puertorriqueño
- Mexicano
- América del Sur/Central
- España
- Prefiero no decir
- Prefiero auto describirme
- No estoy seguro (para representantes autorizados)

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro (para representantes autorizados) ¿Cuál de las siguientes opciones te describe mejor? Por favor, elija todas las que correspondan. <input type="checkbox"/> Indio americano, nativo americano, o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/latino/a/x <input type="checkbox"/> Oriente Medio o África del Norte <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái, isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No listado <hr/> <input type="checkbox"/> Prefiero auto describirme <hr/> <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> No estoy seguro (para representantes autorizados) | <input type="checkbox"/> Escuela técnica, comercial, o profesional <input type="checkbox"/> Alguna educación universitaria o título de asociado <input type="checkbox"/> Título de grado <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> No estoy seguro (para representantes autorizados) | |
|--|--|--|