

# Solicitud para Terminar la Cobertura de Trabajo por Cuenta Propia



Como persona que trabaja por cuenta propia, según se define en ORS 657B.010 (22), usted es elegible para solicitar la cancelación de su cobertura de Permiso Pagado de Oregon cuando:

- Ha presentado una petición de bancarrota voluntaria o involuntaria.
- Cambió su estado de empleo y ya no es elegible.
- No ganó \$1,000 en ingresos netos (ingresos brutos menos gastos) del trabajo por cuenta propia en el año fiscal.

Usted es responsable de todos los requisitos del Permiso Pagado de Oregon, incluidas las contribuciones, hasta la fecha de finalización.

Una vez finalizado, ya no será elegible para los beneficios del Permiso Pagado de Oregon como trabajador por cuenta propia. Es posible que aún sea elegible para los beneficios de Licencia pagada de Oregon si actualmente es un empleado.

## 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 DEL 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:

## MOTIVO DE TERMINACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

Indique por qué le gustaría cancelar su cobertura de Permiso Pagado de Oregon para trabajadores por cuenta propia. Adjunte la documentación requerida.

**He presentado una petición de bancarrota voluntaria o involuntaria.**

Debe adjuntar documentación que verifique su petición de bancarrota. Si se aprueba, su cancelación entrará en vigencia en la fecha en que el departamento recibió su solicitud completa y la documentación requerida.

**He cambiado de situación laboral y ya no trabajo por cuenta propia.**

Debe proporcionar documentación que verifique y una explicación sobre su cambio en el estado laboral. Debe adjuntar documentación que demuestre:

- Cambio de empleo
- Fecha de finalización del contrato
- Otra documentación que demuestre que ya no trabaja por cuenta propia

**No gané \$1,000 en ingresos netos del trabajo por cuenta propia en el año fiscal anterior.**

Debe proporcionar documentación que verifique que no ganó \$1,000 en ingresos netos del trabajo por cuenta propia en el año fiscal anterior. Debe adjuntar **su Declaración de Impuestos Federales (1040) y su Formulario OR-40 de Oregon, o el Formulario OR-40-P de Oregon**. También debe incluir todos sus horarios.

**He tenido cobertura durante al menos tres años y ya no quiero tener cobertura para trabajadores por cuenta propia de Licencia pagada de Oregon.**

No se requiere documentación.

**Si se aprueba, su fecha efectiva de cancelación será 30 días a partir de la fecha en que el departamento recibió su solicitud completa y la documentación requerida.**

## CERTIFICACIÓN PARA TERMINAR LA COBERTURA DE PERMISO PAGADO PARA TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA

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 Permiso Pagado de Oregon. (ORS 657B.120)

Entiendo que la cobertura electiva individual de trabajo por cuenta propia solo puede ser cancelada por mí si uno o más de los siguientes son ciertos: 1) he tenido cobertura electiva de trabajo por cuenta propia vigente durante al menos tres años, 2) presento una petición de bancarrota, 3) mi situación laboral cambia, o 4) no he ganado al menos \$1,000 en ingresos netos del trabajo por cuenta propia en el año fiscal anterior.

Entiendo que debo enviar una solicitud para cancelar mi cobertura y debo proporcionar documentación aprobada por Permiso Pagado de Oregon. (657B.130; OAR 471-070-2170)

Entiendo que debo continuar pagando contribuciones hasta la terminación de mi cobertura electiva de trabajo por cuenta propia que haya sido aprobada por el programa de Permiso Pagado de Oregon.

Ejecutado \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
esto \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ estado

Firma:

Fecha:

Por favor devuelva 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**

**¿NECESITAS 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](mailto:paidleave@oregon.gov).