

自雇收入报告表说明 SELF-EMPLOYMENT INCOME REPORT INSTRUCTIONS

您在“自雇收入报告表”(Self-Employment Income Report) (F-00107)中所提供的信息是用于查看您是否符合 BadgerCare Plus, FoodShare 或针对老人、盲人或残障人士的 Medicaid(医疗补助)等计划的收入规定。您在“自雇收入报告表”中所提供的信息将仅用于查看您是否符合这些计划的收入规定。

“自雇收入报告表”不是唯一提供个人自雇收入的方式。您可以用其他方式来提供您的自雇收入信息,比如通过纳税申报表或账簿记录等。如果您不提供您的自雇收入,就可能不能获取或持续获取福利。部分信息项可能已预先录入。如有预填信息,请务必仔细查阅,并在必要时更改对应信息。

说明

尽最大的能力填写“自雇收入报告表”。您需要填写的信息取决于您的公司经营了多长时间,或者您的公司情况何时发生了重大变化(比如在您患病期间无法,业务可能因个人病休而停止):

- 如果您的公司经营了 3 个月,或者 3 个月前公司情况发生了重大变化,请提供这 3 三个月的实际收入和开支。
- 如果您的公司经营不足 3 个月,或者在不到 3 个月前公司情况发生了重大变化,请提供公司经营月份或发生变化后月份的实际收入和开支。然后估计在 3 三个月期间的剩余时间的收入和支出将会是多少。
- 如果您的公司经营超过了 3 个月,或者在超过 3 个月之前公司情况发生了重大变化,您需要向我们提供公司经营的每个月份或发生变化后的每个月份的信息。您可能需要提供为期 12 个月的相关信息。如果您需要更多份表格,请联系您的机构。

如果您需要帮助填写表格,也请联系您的机构。您的机构联系信息可以在您收到的要求您填写“自雇收入报告表”的信函中找到,也可以在 Department of Health Services (卫生服务部)的网站上找到:

www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm。

您可以采用以下方式提交您填妥的“自雇收入报告表”:

- **手机应用程序:** 使用 MyACCESS 手机应用程序拍摄个人文档资料所包含的所有页面信息,一并提交上传。
- **网上提交:** 将表格的所有页复制并扫描到 ACCESS。您可以使用您的 ACCESS 账户这样做,请到以下网址登录账户: access.wi.gov。注意:如果您没有 ACCESS 账户,可以到 access.wi.gov 创建账户。
- **传真:** 将表格的所有页传真至以下号码之一:
 - 如果您不住在 Milwaukee County, 855-293-1822;
 - 如果您住在 Milwaukee County, 888-409-1979;
- **邮寄:** 将表格邮寄至您收到的要求您填写“自雇收入报告表”的信函所附的“文件跟踪单”上所列的地址。
- **亲自递交:** 将表格送至您收到的要求您填写“自雇收入报告表”的信函所附的“文件跟踪单”上所列的地址。

请确保您也递交了您收到的要求您填写“自雇收入报告表”的信函中所附的“文件跟踪单”。这有助于您的机构尽快处理您的信息。

第 1 部分 - 个人信息

填入您的姓名和案宗号。**注意:** 您的案件号位于威斯康星州寄给您的关于福利的信函的右上角。

第 2 部分 - 公司信息

填入您的公司的名称和地址。也请填入您所拥有的业务的类型,您的公司是何时开始的,以及您拥有公司的百分比。如果您的公司情况发生了重大变化,请填入变化的年份与月份。您可能已经同您的机构谈过此年份与月份。如果是这样,请填入您和您的机构同意的年份与月份。

第 3 部分 - 签名与日期

请核查您所提供的信息,确认信息准确无误后,在表单上签名并注明签署日期。

第 4 部分 - 公司收入与开支

请填写企业全部收入和支出。您所在机构将根据您持有的企业股权比例，核算您应分摊的收入和支出。仅填报与企业经营相关的收入和支出。请勿包含个人收入和个人支出。

经营月份

填入您提供的信息是哪些月份的信息。

经营年份

填入您提供的信息是哪一年的信息。

在经营月份中个人为公司工作的小时数

为每个月填入您在该月份为公司工作的小时数

A. 公司总收入

1. 企业总收入和/或销售额

填入您的公司在每个月获得的总收入数额。此数额不包括任何扣减项目或开支。收入和销售额的一些例子包括商品销售和服务费用（如小费）。

2. 其他企业收入 - 请列明

如果您的公司获得了您未在总收入和/或销售额栏中填入的其他收入（例如您作为公司合伙人获得的保证付款、稿酬，利息收入和净资本收益），请填入每个月的该项收入总额。请向我们简述该收入。

B. 公司总开支

1. 支付给员工的企业工资及佣金

填入您每个月支付给雇员的工资和佣金总额。此金额包括奖金和向公司合伙人支付的保证付款（即使公司未盈利也始终向各个合伙人支付的款项）。**请勿**填入付给您的任何工资或佣金。

2. 员工福利计划、养老金及利润分享相关企业支出

填入您的公司每个月花在员工福利计划、养老金和利润分享上的总金额。员工福利计划的一些例子有医疗保险、劳工赔偿和失业救济金。

3. 企业差旅支出

填入您的公司每个月花费在商务旅行费用上的总金额。商务旅行费用的一些例子有机票、租车、停车、餐饮和商务会议或活动的住宿。商务旅行开支**不包括**上下班或个人旅行的费用。

4. 企业车辆支出

如果您有商务用车或在业务中使用您的个人车辆，请填入您的公司每月用于车辆费用的总金额。车辆费用的一些例子有里程、保险、汽油和维修花费。车辆开支**不包括**上下班的花费。如果您将个人车辆同时用于个人和商务目的，请只填入用于商务目的的金额。

5. 企业租金或租赁支出

填入您的公司每月租用物业、土地、机器、设备、动物或其他物品的总金额。

6. 业务维修及维护支出

填入您的公司每个月花费在修理和维护物业和设备上的总金额。**不要**包括您已经在第 4 栏“车辆”中填入的车辆修理和维护的费用。

7. 企业电话及公用事业支出

填入您的公司每个月花费在电话和公用事业费（如煤气/天然气和电）上的总金额。如果您在家中经营公司，请只填入用于公司目的的金额。

8. 企业原材料及物资支出

填入您的公司在每个月使用了的材料和用品总金额。材料和用品的一些例子包括电脑、纸张、油墨、包装箱、制服、水泥、托盘、样品和带有公司品牌的物品。

9. 企业货运支出

填入您的公司每个月花费在运输费用上的总金额。包括您没有填入第 4 栏“车辆”和第 8 栏“材料和用品”项下的海运和货车运输费用。运费的一些例子包括包装、码垛、货品运至目的地的费用和装卸费。

10. 企业法律及专业服务费用

填入您的公司每个月花费在法律和专业费用上的总金额。法律费用的一些例子包括许可证费用；认证；或本地、州或联邦执照。专业费用的一些例子包括支付给会计师、律师和财务顾问的费用。

11. 企业广告、会费及刊物订阅支出

填入您的公司每个月花费在广告、会费和出版物上的总金额。广告费用的一些例子包括在网页、社交媒体、广告牌、报纸、电话簿上和用直接邮件做广告的费用。会费的一些例子包括参加专业组织、行业协会和房地产委员会的会员费。出版物费用的一些例子包括订阅专业期刊和行业杂志的费用。

12. 企业税费（不含所得税）

填入您的公司每个月花费在缴税上的总金额。营业税的一些例子包括您为收益性物业所支付的税金，以及您作为货物或服务的销售商所支付的州和地方税。**请勿**包括收入所得税。

13. 企业保险支出

填入您的公司每个月花费在保险上的总金额。保险费用的一些例子包括为建筑或设施保险、设备保险和意外伤害保险支付的费用。**不要**包括您已经在第 2 栏“员工福利计划、养老金和利润分享”中列出的医疗保险、劳工赔偿和失业保险费用。

14. 企业经营性不动产、资本资产、资本设备及耐用品购置成本

如果您的公司在其中一个月购买了收益性物业、资本资产、资本设备和/或耐用品（未立即使用且不常购买的产品），请填入支出总金额。收益性资产的一些例子包括物业，用于制造商品的机器，用于业务的建筑物，如狗舍，您租给他人的房屋以及用于维护您业务的商品，如玩具、厨房设备和椅子。请不要包括您已经在其他栏填入的项目。

15. 企业经营性不动产、资本资产、资本设备及耐用品贷款本金偿还额

如果您的公司正在为您所购买的收益性物业、资本资产、资本设备和/或耐用品（未立即使用且不常购买的产品）偿还贷款支付，请填入每月支付的作为贷款还款一部分的本金偿还额。请勿将已列入其他项目的信息加入此项。

16. 企业折旧

填入您的公司每月在物业、家具、设备等实物（实体）资产方面的价值损失总额。

17. 企业资源折耗

填入您的公司每月在自然资源价值方面的损耗总额。

18. 企业摊销

填入您的公司每月在商标、专利、版权等非实物（非实体）资产上的价值损失总额。

19-21. 其他企业支出 - 请列明

如果您有未填入其他栏的开支，请填入每个月的该开支总额。请向我们简述该开支。可以填在这一栏的费用的例子包括银行费用、繁殖成本、工厂成本，或每个月作为贷款还款的一部分而支付的收益性物业、资本资产、资本设备和耐用品的贷款利息偿还额

与补充营养援助计划（SNAP）及印第安保护区食品分配计划（FDPIR）相关的州或当地机构和其次级受助人必须张贴以下非歧视声明：

按照联邦民权法以及美国农业部（USDA）民权法规与政策规定，本机构禁止出现基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、宗教信仰、残疾情况、年龄、政治见解的歧视现象或因之前的民权活动而进行报复。

计划信息可以英语以外的语言提供。存在残疾情况且需要其它交流方式以获得计划信息（比如盲文、大字体、录音带、美国手语（American Sign Language））的人应与申请福利的机构（州或当地）联系。耳聋或存在听力或语言障碍的人可拨打(800) 877-8339，通过联邦中继服务（Federal Relay Service）与 USDA 联系。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表——USDA 计划歧视投诉表，该表可在以下网站找到：<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-simplified-chinese.pdf>。您也可从 USDA 办公室或拨打(833) 620-1071 获得该表或写信给 USDA。信函必须包含投诉人姓名、住址、电话号码及歧视行为的书面细节以告知民权助理部长（ASCR）所称民权违法行为的性质及发生日期。完成的 AD-3027 表或信函必须提交至：

- (1) 邮件：
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; 或
- (2) 传真：
(833)-256-1665 或 (202)-690-7442; 或
- (3) 电子邮箱：
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

本机构提供平等机会。