

自营业务收入报告
SELF-EMPLOYMENT INCOME REPORT

您在本表函中提供的信息将用于评估您是否满足了BadgerCare Plus, FoodShare, or Medicaid for the Elderly, Blind, or Disabled等项目的收入要求。本表函不是您提供自营业务收入信息的唯一方式。您可以通过其他方式提供自营业务收入信息，比如纳税申报表或会计账簿。如果您不提供自营业务收入，您可能无法获得或继续获得收益。

关于填写本表函的说明，请参见 自营业务收入报告填写说明 (Self-Employment Income Report Completion Instructions)，F-00107A，网址为 <https://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00107.htm>。

第1部分

个人资料



姓名 (名, 姓, 中间名)

申请编号

第2部分

业务信息



企业名称

业务类型

街道地址

市

州

邮政编码

开始营业日期

发生重大变更的年月 (如适用)

个人占企业股份百分比

第3部分

签名和日期



签署本表函，即视为您同意，据您所知，本表函中提供的信息准确无误。

 签名

签字日期

第4部分

业务收入和支出（包括整个企业的收入和支出）



营业月份：			
营业年份：			
在营业月份内，个人为企业工作的总时长：			
A. 业务收入总额	金额	金额	金额
1. 总收入和/或销售额			
2. 其他收入（请注明）			
B. 业务支出总额	金额	金额	金额
1. 支付给员工的薪资和佣金			
2. 员工福利、退休金和分红制度			
3. 差旅			
4. 交通			
5. 租赁			
6. 维修与保养			
7. 电话和公用事业			
8. 耗材			
9. 运费			
10. 法律费用和专家费用			
11. 广告宣传			
12. 税费（不含所得税）			
13. 保险			
14. 收益性不动产、资本资产、资本设备和耐用品的购买价款			
15. 购买收益性不动产、资本资产、资本设备和耐用品之贷款的本金偿付款			
16. 折旧			
17. 折耗			
18. 摊销			
19. 其他支出，请注明：			
20. 其他支出，请注明：			
21. 其他支出，请注明：			