

COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM
(Programa de servicios médicos de los condados)
INFORME DE GANANCIAS Y PÉRDIDAS

Nombre del beneficiario	Número del Seguro Social	Para el mes que finaliza (mes y año)
Nombre de la empresa	Tipo de empresa	

(Vea el reverso para obtener instrucciones sobre cómo completar este formulario.)

PARTE I Complete esta sección si usted compra y luego vende un producto o si hace un producto para venderlo. De otra forma comience en la Parte II.

**SÓLO PARA USO
DEL CONDADO**

1. Costo de productos en mano al comienzo del mes..... \$ _____
2. Costo de productos que compra durante el mes + \$ _____
3. Costo de materiales y suministros utilizados para hacer productos + \$ _____
4. Otros costos para hacer productos + \$ _____
5. Costos totales de productos o suministros comprados durante el mes + \$ _____
6. Total de productos en mano al comienzo del mes mas costo de productos o suministros comprados durante el mes (línea 1 mas línea 5) = \$ _____
7. Costo del total de productos en mano al final de mes - \$ _____
8. Costo de productos vendidos durante el mes (línea 6 menos línea 7) = \$ _____

PARTE II—INGRESOS

1. Ventas o ingresos brutos \$ _____
2. Costo de productos vendidos (introduzca la cantidad de Parte I, número 8; si no ha vendido un producto, introduzca un cero en esta línea.) - \$ _____
3. Ingresos brutos ajustados = \$ _____

PARTE III—DEDUCCIONES DE COSTOS DE OPERACIÓN

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Publicidad \$ _____ 2. Deudas incobrables por ventas o servicios \$ _____ 3. Comisiones por servicios bancarios \$ _____ 4. Cargos de automóvil y camión \$ _____ 5. Comisiones \$ _____ 6. Reducción \$ _____ 7. Depreciación \$ _____ 8. Cuotas y publicaciones \$ _____ 9. Programas de prestaciones para empleados. \$ _____ 10. Transporte (no incluido en la Parte I) \$ _____ 11. Seguro \$ _____ 12. Interés del endeudamiento comercial \$ _____ 13. Lavandería y limpieza \$ _____ 14. Servicios profesionales y de abogado \$ _____ 15. Gastos de oficina \$ _____ 16. Alquiler de la propiedad comercial \$ _____ 17. Reparaciones \$ _____ 18. Suministros (no incluidos en la Parte I) \$ _____ 19. Impuestos (no incluir de ganancias inesperadas) \$ _____ 20. Viajes y diversión \$ _____ 21. Servicios públicos y teléfono \$ _____ 22. Salarios \$ _____ | <ol style="list-style-type: none"> 23. Impuestos retenidos de ganancias inesperadas \$ _____ 24. Otros gastos (especificar): <ol style="list-style-type: none"> a. _____ \$ _____ b. _____ \$ _____ c. _____ \$ _____ d. _____ \$ _____ e. _____ \$ _____ f. _____ \$ _____ g. _____ \$ _____ h. _____ \$ _____ i. _____ \$ _____ |
|--|---|

25. Agregar cantidades en las columnas de las líneas 1 a la 24 (Parte III). Estas son las deducciones totales: _____

PARTE IV—GANANCIAS O PÉRDIDAS NETAS (línea 3, Parte II, menos la línea 25, Parte III) \$ _____

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdad y correcta.

Firma del beneficiario	Fecha
------------------------	-------

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA INFORMACIÓN

1. Para completar la Parte I deberá hacer una lista de todos los productos que tenía en mano al comienzo del mes y su costo al comprarlos por medio de su proveedor o hacerlos si hace un producto para venderlo. Usted puede utilizar un formulario de control de inventario similar al ejemplo que se muestra a continuación para que esta información la tenga fácilmente disponible cada mes.

Ejemplo:

Tipo de producto	Costo por artículo	Número de compras	Ventas el mes de mayo de 1999	Balance	Vendido en el mes de	Balance
Anillos	\$2.00	100	20	80		
Brazaletes	\$5.00	100	10	90		
Collares	\$8.00	100	10	90		

2. Si tiene otros tipos de gastos comerciales, como los ejemplos que se muestran a continuación, haga una lista de ellos en la Parte III, del 1 al 24i.

- A. Salarios de empleados
- B. Seguro comercial
- C. Costos de publicidad
- D. Impuestos federales, estatales o de condado o ciudad pagados
- E. Mantenimiento y reparaciones de equipo comercial
- F. Comisiones pagadas a otros
- G. Cuotas de organización comercial
- H. Suscripciones a publicaciones empresariales
- I. Prestaciones para empleados (Seguro Social pagado, seguro de discapacidad estatal, fondos de pensiones)
- J. Transporte de productos comprados o vendidos
- K. Interés de préstamos comerciales (no se permite los pagos de capital)
- L. Lavandería y limpieza
- M. Servicios profesionales y de abogado
- N. Gastos de viajes
- O. Cuotas sindicales
- P. Licencias comerciales

3. Lo siguiente no son gastos comerciales permitidos:

- A. Gastos personales, como pagos de impuestos sobre la renta, almuerzos y transporte al trabajo y del mismo
- B. Compra de equipos
- C. Pago del capital de préstamos para equipos

4. Adjuntar a este informe la verificación de ingresos y gastos:

- A. Verificación de ingresos, como copias de talones de ventas, facturas de clientes, recibos o libro de contabilidad
- B. Verificación de gastos, como recibos de artículos comprados, cheques cancelados o facturas marcadas como pagadas

Notificación de privacidad y confidencialidad

Las secciones 14011 y 14012 del código de asistencia social y de instituciones (*Welfare and Institutions Code*) autorizan a los departamentos de servicios sociales o de asistencia social de los condados a recopilar cierta información de usted para determinar si usted, o la persona (o personas) por la que está solicitando prestaciones de CMSP, tiene derecho a las mismas. La información que usted proporciona es confidencial y quizás sólo se divulgue a ciertos individuos o ciertas organizaciones, y después, sólo para la administración de CMSP. Esta información será utilizada por el departamento del condado para establecer su derecho inicial y continuado a recibir prestaciones del CMSP, por el intermediario fiscal de CMSP con propósito de procesar reclamaciones, por el departamento de servicios médicos de California (*California Department of Health Services*) para producir la tarjeta de identidad (BIC), por la junta reguladora del programa (*CMSP Governing Board*), Anthem Blue Cross, MedImpact, Doral Dental y VSP para la administración de prestaciones y pago de reclamaciones, para la identificación del seguro médico y para tomar acciones de recuperación de pagos excesivos, y para verificar el número de Medicare Buy-In y del seguro social; también será utilizada esta información por los servicios de ciudadanía e inmigración de EE.UU. (*United States Citizenship and Immigration Services* o USCIS) para determinar la situación de no ciudadanía; y por los proveedores de servicios médicos para verificar su derecho a recibir servicios. Es obligatorio proporcionar esta información. Al no hacerlo se le negará su derecho a recibir prestaciones bajo el programa de CMSP. Usted tiene derecho a ver su información y puede hacerlo en el departamento del condado durante las horas de oficina normales.