

**Special Supplemental Nutrition Program
for Women, Infants and Children (WIC)**
Applicant's Statement of Farm/Self-Employed

Period from: Month/Date/Year _____ To: Month/Date/Year _____
 Name _____ Name of Business _____
 Address of Business _____ Type of Business _____

Complete Section A if the individual is self-employed. Complete Section B if the individual is a self-employed farmer.

**Net Income Determination
Section A: Self-employed**

1. Gross Receipts
 - a. Total dollar amount of goods sold or services rendered by the business..... _____
2. Operating Expenses
 - a. Cost of goods purchased..... _____
 - b. Rent..... _____
 - c. Heat..... _____
 - d. Utilities..... _____
 - e. Depreciation..... _____
 - f. Wages/salaries paid..... _____
 - g. Business tax (not personal income tax)..... _____
 - h. Other operating expenses..... _____
 - i. Total operating expenses (add items 2a through 2h)..... _____
3. Total Net Income (subtract item 2i from 1a)..... _____

Section B: Self-employed/Farmer

1. Gross Receipts
 - a. Value of all products sold..... _____
 - b. Money received from rental of farmland, building, or equipment to others..... _____
 - c. Incidental receipts from the sale of items such as wood, sand, or gravel..... _____
 - d. Total Gross Receipts (add 1a through 1c)..... _____
2. Operating Expenses
 - a. Cost of feed, fertilizer, seeds, and other farming supplies..... _____
 - b. Cash wages paid to farmhands..... _____
 - c. Depreciation..... _____
 - d. Cash rent..... _____
 - e. Interest on farm mortgages..... _____
 - f. Farm building repairs..... _____
 - g. Farm taxes (Do not include state or federal income taxes)..... _____
 - h. Other operating expenses..... _____
 - i. Total Operating Expenses (add 2a through 2h)..... _____
3. Total Net Income (subtract item 2i from 1d)..... _____

By signing this form, I affirm that the information is an accurate statement of income. I understand that if I deliberately omit or give false information that this applicant and/or members of her/his household can be removed from WIC, or criminally prosecuted, or both.

Signature

Date

**Programa Especial de Nutrición Suplementaria
para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)**

Declaración del Solicitante que Trabaja por su Propia Cuenta o es Agricultor

Período de: Mes/Fecha/Año _____ Hasta: Mes/Fecha/Año _____
Nombre _____ Nombre del Negocio _____
Dirección del Negocio _____ Tipo de Negocio _____

Llene la Sección A si el individuo trabaja por su propia cuenta. Llene la Sección B si el individuo es agricultor.

**Determinación de Ingreso Neto
Sección A: Empleado por su propia cuenta**

1. Total de Recibos
 - a. Cantidad total en dólares de la mercancía o de los servicios que el negocio vendió
2. Gastos de Operación
 - a. Costo de la mercancía que se compró
 - b. Alquiler.....
 - c. Calefacción.....
 - d. Servicios públicos (*utilities*).....
 - e. Depreciación (valor perdido).....
 - f. Sueldos/Salarios que se pagaron
 - g. Impuestos del negocio (pero no el impuesto de ingreso personal).....
 - h. Otros gastos de operación.....
 - i. Total de gastos de operación (suma de 2a hasta 2h).....
3. Ingreso Neto Total (1a menos 2i).....

Sección B: Empleado por su propia cuenta/Agricultor

1. Total de Recibos
 - a. Valor de todos los productos vendidos
 - b. Dinero recibido por rentar tierras o edificios, o equipo a otros.....
 - c. Recibos incidentales de la venta de artículos tales como madera, arena, o grava
 - d. Cantidad Total de Recibos (Suma de 1a hasta 1c).....
2. Gastos de operación
 - a. Costo de comida, fertilizante, semilla, y otras provisiones para la agricultura.....
 - b. Sueldo en efectivo que se les pagó a los trabajadores del campo.....
 - c. Depreciación (valor perdido).....
 - d. Alquiler en efectivo
 - e. Intereses de hipoteca de la granja.....
 - f. Costo de reparaciones a la granja
 - g. Impuestos de la granja (pero no impuestos de ingreso estatales o federales)
 - h. Otros gastos de operación.....
 - i. Total de Gastos de Operación (Suma de 2a hasta 2h)
3. Ingreso Neto Total (1d menos 2i).....

Al firmar este formulario, yo afirmo que la información es una declaración correcta de ingreso. Tengo entendido que si deliberadamente omito o doy información falsa, el/la solicitante y/o los miembros de su familia pueden ser descalificados del programa de WIC, o enjuiciados criminalmente, o ambos.

Firma

Fecha

