DECLARACION SOBRE LA OPERACION MENSUAL

PARA EL MES QUE TERMINA EN:_____

IMPORTANTE - *Antes de completar este formulario, vea la siguiente página para instrucciones.*

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:

NUMERO DE SOLICITUD/LICENCIA

DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO:

Mensual

INGRESOS PROVENIENTES DE LA OPERACION DEL ESTABLECIMIENTO

Estimados ☐ Verdaderos ☐

Ln #	**INGRESOS DEL PROGRAMA**	Ln #	Mensual
1.	Ingresos de SSI* (cantidad mensual de SSI) x (número de clientes que reciben SSI) Cantidad $_____ x #_____ =	1	$
2.	Contribuciones voluntarias de otras fuentes	2	
3.	Ingresos privados Número de residentes con pagos privados # _____	3	
	OTROS INGRESOS RELACIONADOS AL ESTABLECIMIENTO		
4.	_____	4	
5.	_____	5	
6..	Total de los ingresos (sume las líneas 1 a 5 y cualquier anexo). ¿Se ha adjuntado una hoja de cálculos? ☐ SI ☐ NO	6	$

COSTOS DE OPERACION

Estimados ☐ Verdaderos ☐

	CUIDADO Y SERVICIOS		Mensual
7.	Costos de alimentos	7	$
8.	Suministros para el hogar	8	
9.	Lavado de ropa y tintorería	9	
10.	Suministros para el higiene personal	10	
11.	Actividades de recreo	11	
12.	Periódicos, revistas, televisión en cable	12	
13.	Suministros médicos y primeros auxilios	13	
14.	Transporte de clientes	14	
15.	Total de los costos de cuidado y servicios (sume las líneas 7 a 14)	15	$
	ADMINISTRACION GENERAL		
16.	Sueldos y salarios	16	
17.	Beneficios adicionales e impuestos sobre la nómina de salarios	17	
18.	Transporte general	18	
19.	Teléfono	19	
20.	Suministros para la oficina	20	
21.	Publicidad	21	
22.	Cuotas para licencias y membresías	22	
23.	Trabajo contratado	23	
24.	Seguro (contra responsabilidad civil y contra incendios)	24	
25.	Gastos generales indirectos	25	
26.	Total de los costos de administración general (sume las líneas 16 a 25)	26	$
	EL LUGAR FISICO		
27.	Alquiler, arrendamiento, pagos de hipoteca y cuotas de asociaciones de dueños de casa	27	
28.	Impuestos sobre los bienes raíces	28	
29.	Gas	29	
30.	Electricidad	30	
31.	Agua	31	
32.	Recolección de basura	32	
33.	Reparaciones y mantenimiento (del edificio)	33	
34.	Reparaciones y mantenimiento (de muebles y equipo)	34	
35.	Otro (especifique)	35	
36.	Total de los costos del local físico (sume las líneas 27 a 35)	36	$
37.	Total de los costos de operación (sume las líneas 15, 26, y 36)	37	$
38.	Ganancia neta (Pérdida) (reste la línea 37 de la 6)	38	$

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario y en cualquier anexo es verdadera y correcta.

PREPARADO POR:	TITULO/PUESTO:	FIRMA DEL SOLICITANTE/ PERSONA CON LICENCIA:	FECHA:

*SSI= Ingresos Suplementales de Seguridad

DECLARACION SOBRE LA OPERACION MENSUAL
INFORMACION E INSTRUCCIONES GENERALES

INFORMACION GENERAL - Cada solicitante/persona con licencia (propietario único, sociedad, corporación o compañía de responsabilidad limitada) debe presentar un formulario LIC 401, DECLARACION SOBRE LA OPERACION MENSUAL, para los establecimientos que ofrecen cuidado - en operación o pendientes (para comenzar dentro de los próximos doce meses). Además, un formulario LIC 401a, información suplemental financiera, la Parte II se tiene que presentar. Un formulario LIC 401 por separado se tiene que presentar por cada operación, con licencia o pendiente, de CCLD (División de Licenciamiento para Ofrecer Cuidado en la Comunidad). Una declaración de ganancias y pérdidas se tiene que presentar para otras operaciones comerciales. Para las operaciones de CCLD que ya tienen licencia u otras operaciones comerciales en curso, las cantidades reportadas tienen que ser verdaderas y no estimadas. Para las operaciones de CCLD con licencia pendiente u otras operaciones comerciales pendientes, las cantidades reportadas pueden ser estimadas.

PARA LOS INDIVIDUOS QUE SON PROPIETARIOS UNICOS - También se tiene que llenar la Parte I del LIC 401a.

PARA SOCIOS GENERALES - Además del formulario LIC 401a, Parte II, para una sociedad se tiene que completar por separado un formulario LIC 401a para cada socio general. La información reportada en este documento está sujeta a la verificación. Por eso, se puede pedir documentación adicional para apoyar algunos o todos los datos reportados.

INSTRUCCIONES Favor de incluir la información requerida en la parte superior de este formulario para identificar 1) el período de reportar de la información, 2) el nombre del establecimiento, 3) la dirección del establecimiento, y 4) el número de la solicitud o licencia.

INGRESOS

Línea# **INGRESOS DEL PROGRAMA**

1. Reporte el nivel mensual de beneficios de SSI, el número de clientes/residentes que reciben SSI y el total de los ingresos mensuales.
2. Reporte sobre todas las contribuciones voluntarias de otras fuentes recibidas a nombre de los que reciben beneficios de SSI.
3. Reporte el promedio del cobro mensual para los clientes/residentes con pagos privados, el número de clientes/residentes con pagos privados y el total de los ingresos mensuales.

OTROS INGRESOS

4-6. Reporte todos los otros ingresos relacionados al establecimiento (o sea, ingresos de intereses, subarrendamiento, reembolsos de seguro, venta de bienes) individualmente en las líneas 4 y 5. Si se requiere más espacio, adjunte una hoja de cálculos e indique el total en la línea 6.

COSTOS DE OPERACION

CUIDADO Y SERVICIOS

7. Costos de productos alimentarios y comidas para clientes, residentes y empleados.
8. Costos de suministros para la limpieza (con la excepción del lavado de ropa o tintorería).
9. Costos del lavado de ropa y tintorería.
10. Costos de suministros para el higiene personal para los clientes y residentes.
11. Costos de actividades de recreo.
12. Costos de periódicos, revistas, televisión en cable, etc.
13. Costos de suministros médicos, primeros auxilios, y cualquier otro costo médico no reembolsable.
14. Costos para transportar a los clientes y residentes de ida y vuelta a las citas médicas y actividades de recreo, y otros costos de transporte permitidos.

ADMINISTRACION GENERAL

16. Salarios y sueldos de los empleados (verificados con el reporte sobre empleados).
17. Impuestos federales y estatales sobre la nómina de salarios y el costo de los beneficios contraidos por el establecimiento para empleados, incluyendo el seguro de compensación por lesiones de trabajo.
18. Costos directos de transporte. (Incluya pagos de préstamos para automóviles, mantenimiento, y gasolina.)
19 Incluya todos los costos de comunicación telefónica (teléfonos, FAX, *beepers*, etc.).
20. Costos de suministros de la oficina y porte de correos.
21. Costos de publicidad relacionada al negocio.
22. Costos de licencias comerciales, cuotas de membresía y cuotas profesionales.
23. Costos de trabajos contratados.
24. Costos de otras pólizas de seguro (contra responsabilidad pública, daño de propiedad, o automovilística, garantía de seguridad, etc.).
25. Costos/gastos que se requieren para el apoyo de una oficina matriz o corporativa.

LUGAR FISICO

27. Costo del alquiler, arrendamiento, o pagos de hipoteca para el establecimiento.
28. Costos de impuestos sobre los bienes raíces (costo mensual promedio).
29 Costos de gas natural o de propano que se usa el el establecimiento.
30 Costos de la electricidad que se consume en el establecimiento.
31. Costos del agua, incluyendo al agua embotellada.
32. Costos de la eliminación de basura, desecho, vegetación, etc.
33. Costos de las reparaciones y el mantenimiento del edificio.
34. Costos de las reparaciones y el mantenimiento de muebles y equipo.
35. Todos los otros gastos.

FIRMA

El nombre del preparador se debe poner en el espacio proporcionado. El solicitante o persona con licencia tiene que firmar este formulario para dar testimonio de la información financiera. El no firmar, fechar y atestiguar a la veracidad de la información proporcionada en la Declaración sobre la operación mensual (LIC 401) constituirá la falta de cumplimento y el rechazo de este reporte.