



KAISER PERMANENTE®

Child Health Plan

This form is for self-employed applicants only.
Este formulario sólo es para solicitantes que trabajan por cuenta propia.

Profit & Loss Statement Estado de pérdidas y ganancias

Owner/Propietario: _____

Type of Business/Tipo de negocio: _____

Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ ZIP/Código Postal: _____

Month/Mes _____
Year/Año _____
Gross Income/Ingresos brutos (before taxes/antes de los impuestos): _____
Deductions/Deducciones:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
Total Expenses/Gastos totales: _____
Net Profit/Ganancias netas: _____

Month/Mes _____
Year/Año _____
Gross Income/Ingresos brutos (before taxes/antes de los impuestos): _____
Deductions/Deducciones:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
Total Expenses/Gastos totales: _____
Net Profit/Ganancias netas: _____

Month/Mes _____
Year/Año _____
Gross Income/Ingresos brutos (before taxes/antes de los impuestos): _____
Deductions/Deducciones:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
Total Expenses/Gastos totales: _____
Net Profit/Ganancias netas: _____

I understand that any false information will result in the cancellation of my application/coverage in the Kaiser Permanente Child Health Plan.

Entiendo que proporcionar cualquier tipo de información falsa resultará en la cancelación de mi solicitud/cobertura con el Kaiser Permanente Child Health Plan.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____