



## DCVC: Verificación de pérdida de salario para empleados autónomos

PSDL23

Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen (DCVC), 1205 Pendleton Street, Room 401, Columbia, SC 29201 • Teléfono 803-734-1900 • Fax 803-734-2261  
<http://dcvc.scag.gov> (Haga clic en la guía de pagos y reembolsos en la pestaña «Para proveedores» para obtener más información)

### Este formulario se aplica a usted:

- Si trabajaba por cuenta propia en el momento en que ocurrió el crimen
- Si recibía sus ingresos en efectivo, cheques personales o giros postales
- Si recibía sus ingresos en propinas
- Si informó sus ingresos al IRS

### Para respaldar su solicitud por pérdida de salario, debe

- Completar este formulario
- Enviarlo al DCVC (NOTARIZADO), junto con el Informe de Discapacidad del Médico completado y redactado por su médico tratante
- Proporcionar copias de los dos últimos años consecutivos de la transcripción de su declaración de impuestos federal: (Se pueden solicitar transcripciones de la declaración de impuestos de forma gratuita a los Servicios de Impuestos Internos (IRS) por teléfono (1-800-829-1040 o 1-800-908-9946) o por correo, utilizando el formulario 4506T disponible en <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>.)

### Criterios para pérdida de salario:

Debe cumplir con los cuatro criterios: (1) Empleo (2) Tiempo de trabajo perdido (3) Ingresos notificables y (4) Discapacidad

### Sección 1: Información de la víctima (la persona que solicita la compensación por pérdida de salario)

Nombre legal \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa \_\_\_\_\_  
N.º de Seguridad Social (últimos 5 dígitos) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha del crimen \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Dirección particular \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número de reclamo del DCVC \_\_\_\_\_ N.º de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Sección 2: Descripción de su trabajo

### Sección 3: Describa cómo el incidente ha afectado directamente su capacidad para trabajar

- 1) ¿Cuál fue la fecha de inicio de su trabajo por cuenta propia/negocio? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 2) ¿Cuál fue la fecha en la que no pudo trabajar por primera vez? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- 3) ¿En qué fecha retomó sus actividades laborales? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a tiempo parcial \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a tiempo completo
- 4) ¿Promedio de horas trabajadas por semana? \_\_\_\_\_

SUSCRITO Y JURADO ANTE MÍ POR \_\_\_\_\_

EL \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_\_

MI AUTORIZACIÓN CADUCA EL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estampe el sello aquí

NOTARIO PÚBLICO \_\_\_\_\_ (firma)

VÍCTIMA/RECLAMANTE \_\_\_\_\_ (firma)