



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
WWW.SOVA.SC.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)