

Name of Applicant

ID#

FORM B – SELF-EMPLOYED INCOME STATEMENT

Name of Self-Employed Family Member:

Relation to Applicant:

Type of Business: Sole Ownership Freelance Partnership: *No. of Partners* *Percent Share*

Other (*Specify*):

Name of Institution (*if applicable*):

Registration No.: Date of Registration:

Company's/Owner's Nature of Work (*Detailed*):

Address:

.....

E-mail: Telephone:

Number of Employees/Workers:

Annual Gross Income (US \$):

Annual Net Income (US \$) (*Gross Income Less Institution's Expenses*):

Signature and Seal: Date: / /

اسم الطالب:

رقم البطاقة:

تصريح بدخل صاحب مهنة حرة أو عمل حر

اسم صاحب المهنة:

صلته بالطالب:

توصيف نوع المؤسسة: مهنة حرة مؤسسة فردية شراكة: عدد الشركاء: نسبة الشراكة:

غير ذلك (يرجى التحديد):

اسم المؤسسة (في حال توفره):

رقم التسجيل: تاريخ التسجيل:

طبيعة العمل في مؤسسة العمل الحر (بالتفصيل):

العنوان:

البريد الإلكتروني: الهاتف:

عدد العمال/ الموظفين في المؤسسة:

المدخول السنوي الإجمالي بالدولار الأمريكي:

المدخول السنوي الصافي بالدولار الأمريكي (المدخول السنوي الإجمالي بعد أن تطرح منه نفقات العمل):

التوقيع والختم: التاريخ: /...../.....