

- Certificación del trabajador de servicios de cuidado -

Si usted es el trabajador de servicios de cuidado - no una agencia o institución - tiene que llenar lo siguiente y firmar a continuación.

- Escriba cuidadosamente en letra de molde con tinta azul o negra -
Nombre del trabajador de servicios de cuidado:

(Nombre)

(Apellido)

Numero del teléfono: () _____

Numero del Seguro Social*: _____

Dirección: _____

Numero de la licencia de la enfermera _____

Certifico que presté servicios de cuidado al consumidor que figura en esta forma en la dirección, fechas y horas indicadas. Entiendo que si doy información incorrecta es posible que tenga que pagar una multa o ir a la cárcel.

X _____ Fecha: ____ / ____ / ____
(Firma del primer trabajador de servicios de cuidado)

Si usó a más de un trabajador de servicios de cuidado el Segundo trabajador de cuidado tiene que llenar lo siguiente y firmar a continuación:

- Escriba cuidadosamente en letra de molde con tinta azul o negra -
Nombre del trabajador de servicios de cuidado:

(Nombre)

Numero del teléfono: () _____

Numero del Seguro Social*: _____

Dirección: _____

Numero de la licencia de la enfermera _____

Certifico que presté servicios de cuidado al consumidor que figura en esta forma en la dirección, fechas y horas indicadas. Entiendo que si doy información incorrecta es posible que tenga que pagar una multa o ir a la cárcel.

X _____ Fecha: ____ / ____ / ____
(Firma del segundo trabajador de servicios de cuidado)

* Utilizaremos su número del Seguro Social para verificar sus declaraciones en esta forma y para confirmar cumplimiento con todas las leyes y reglamentos aplicables. Si no da esta información honestamente, no le pagarán ni le reembolsaran por estos servicios.

- Certificación de la Familia que compra servicios -

Mi familia recibió todas las horas de servicio de cuidado que se indican en esta forma. Entiendo que solo puedo facturar los servicios de cuidado que honestamente fueron prestados a mi familia por un trabajador de servicios de cuidado, agencia o institución. Yo no puedo proporcionar personalmente el servicio de cuidado. El consumidor puede recibir el servicio en la casa de un miembro de la familia.

Tengo que guardar copias de todos los registros de servicios de cuidado por 5 años.

Los registros tienen que incluir lo siguiente:

- fechas de servicio
- dirección donde se prestaron los servicios
- nombre del trabajador de servicios de cuidado, agencia o institución
- prueba de pago (como cheques cancelados, recibos firmados de pago en efectivo, cheques de caja, estados de cuenta bancario, etc.)

Si use un trabajador de servicios de cuidado - no una agencia o institución - también tengo que mantener un registro de la siguiente información para cada trabajador:

- fecha da nacimiento • numero del Seguro Social
- dirección • numero de teléfono

Cualquier centro regional, estado o agencia federal puede hacer una auditoría de mis registros, y acepto dar la información y registros mencionados anteriormente al auditor.

No elegí a mi trabajador de servicios de cuidado basado en su raza, religión, color, origen étnico, sexo, edad, o discapacidad física o mental. El/los trabajador(es) de servicios de cuidado que elegí tenia(n) por lo menos 18 años de edad. Compré que tenia(n) la capacitación y educación necesarias para poder prestar los servicios de cuidado. También verifiqué que estaba(n) capacitados para ocuparse de cualquier respaldo o necesidad especial mencionada en el IPP o IFSP del consumidor.

El gobierno puede considerar que yo soy el empleador del trabajador de servicios de cuidado. Es posible que sea responsable por la retención de impuestos federales, estatales y locales del sueldo del trabajador de servicios de cuidado y por el pago y declaración de los impuestos de pago y solarío al IRS y al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD). Es posible que también tenga que pagar el seguro de compensación del trabajador al trabajador que contrate. Si no se como hacerlo, es mi responsabilidad ponerme en contacto con un consultor de impuestos, del IRS o EDD, o con un proveedor de compensación del trabajador para obtener más información. Declaro bajo pena de perjuicio que la información que he proveído y la información de la página 1 son verdaderos y correctas. También declare que soy la única persona que empleó, superviso y asigno tareas al trabajador de servicios de cuidado que esta mencionado en la forma. He leído y cumplido con todos los requisitos del programa de servicios de cuidado y los términos y condiciones que estan mencionados anteriormente.

Toda la información en esta forma es correcta y completa. Entiendo que si doy información incorrecta es posible que tenga que pagar una multa o ir a la cárcel.

- Firme con tinta azul o negra -

X _____ Fecha: ____ / ____ / ____

(Firma del miembro de la familia aprobado (vendedor))