

长者/残障人士护理福利宣誓书

计划年度 2019-2020

姓氏	名字	社会安全卡号码
地址/邮箱		地址改变: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
城市	州及邮区号码	电子邮件
住家电话	手提电话	手提电话服务商
长者/残障亲属姓名	亲属出生日期	与你的关系

请回答以下每项声明。

1. 我需要此福利支付某人来照顾我的亲属才能工作。 是 否
2. 我和/或我的配偶报税年份为 2019 和 2020 年申报此亲属为抚养人。 是 否
3. 我每月支付 160 元或以上来照顾该亲属。 是 否
4. 我所支付的是: 一名亲属 朋友或邻居 护理人员。 该人士并非我的配偶或者我亲属的配偶。 是 否
5. 我所支付人士的姓名 _____ 电话 _____
6. 我所支付的人士是我未满 19 岁的子女或继子女。 是 否
7. 我和/或我的配偶在今年报税年的年底会将支付费用所用于的人士申报为抚养人。 是 否
8. 该名长者/残障亲属每天在我家中的时间最少 8 小时。 是 否
9. 如果照顾我亲属由我所支付的看护有所变更, 我会在 30 天之内通知计划办公室。 是 否

我明白我下方的签名表明我同意以下内容:

- 本地 2 号工会 / 酒店业儿童和耆英护理计划保留联络和获取文件的权利, 从这宣誓书和之前所递交的宣誓书所列出的服务提供者, 来验证任何所提供的服务和/或已支付的收据。
- 如果我的地址或者服务提供者有所更改, 我会于 30 天之内通知计划办公室。
- 如果上述姓名的长者/残障亲属因死亡或健康情况改善而无需再要求提供服务, 或者已经搬出所批准的 15 个北加州县份, 我会于 30 天之内通知计划办公室。
- 所有我所递交或计划所要求的资料均是真实和准确的, 虚报任何资料将会导致福利被停止和需缴回不当支付给我的款项。
- 我授权我本人、我子女、或长者在参加受到本计划回款的活动时可以被拍照, 并同意这些相片可能会被本计划使用, 或者与 SFCBSE 福利基金相关的团体。我批准本计划使用我子女/子女们的姓名用于表彰他们的成就。
- 我同意本地 2 号工会 / 酒店业儿童和耆英护理计划和三藩市餐饮业, 调酒师和服务雇员福利基金的所有条件和规范。

签名 _____

日期 _____

白色副本: 计划办公室

彩色副本: Local 2 会员