

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| Apellido | Primer Nombre | Número de Seguro Social |
| Domicilio/Apartado postal | | Cambio de domicilio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ciudad | Estado y Código Postal | Correo electrónico |
| Número de teléfono de casa | Número de teléfono celular | Compañía de teléfono celular |
| Nombre del familiar anciano/discapacitado | Fecha de nacimiento del familiar | Parentesco |

Por favor conteste cada declaración a continuación.

1. Yo uso este beneficio para pagarle a alguien que cuide a mi familiar para que yo pueda trabajar. ___ Sí ___ No
2. Yo y/o mi cónyuge declaramos a este familiar como dependiente en el año fiscal 2020 y 2021. ___ Si ___ No
3. **Yo le pago** a alguien por lo menos \$160 dólares por mes para cuidar a mi familiar. ___ Sí ___ No
4. **Yo le pago** a: _____ un familiar _____ un amigo/a o vecino _____ un cuidador. ___ Cierto ___ Falso
Esta persona no es mi cónyuge ni el cónyuge de mi familiar. ___ Sí ___ No
5. El nombre de la persona a quien yo **le pago** es: _____ Número de teléfono: _____
6. La persona a quien yo **le pago** es un hijo/a o hijastro/a que tiene menos de 19 años de edad ___ Sí ___ No
7. Yo y/o mi cónyuge lo declaramos al final de este año fiscal. ___ Sí ___ No
8. La persona anciana/discapacitada pasa por lo menos 8 horas al día en mi hogar. ___ Sí ___ No
9. **Notificaré a la oficina del Plan dentro de los 30 días si hay algún cambio en la persona a quien le pago para cuidar de mi pariente.** ___ Sí ___ No

Entiendo que mi firma abajo indica mi aceptación de lo siguiente:

- El Local 2/El Plan de Cuidado para Niños y Ancianos de la Industria de la Hospitalidad (“el Plan”), conserva el derecho a comunicarse con y obtener documentos de los prestadores de servicios enumerados en ésta y previas declaraciones juradas presentadas, para verificar los servicios prestados y los recibos pagados.
- Le notificaré a la oficina del Plan dentro de 30 días si hay alguna modificación de proveedor de servicios, de domicilio, o si mi familiar nombrado arriba se muda fuera de los 15 condados aprobados de la zona del Norte de California.
- Le notificaré a la oficina del Plan dentro de 30 días si mi pariente anciano y/o discapacitado mencionado arriba ya no requiera los servicios prestados debido a su muerte, mejoría en su condición medica, o si se muda fuera de los 15 condados aprobados en California del Norte.
- Toda la información que yo le he presentado al Plan la declaro ser cierta y veraz. Entiendo que la falsificación de alguna información es motivo suficiente para que el Plan rescinda los beneficios y en ese caso le reembolsaré al Plan todo el dinero que me ha pagado indebidamente.
- Permiso que tomen fotos de mi, de mi hijo/a o a mi familiar y acepto que usen y acepto que las imágenes pueden ser usadas por la misma o por los entes relacionados con el San Francisco Culinary, Bartenders and Service Employees Welfare Fund (“el Fondo de Bienestar”). Yo apruebo el uso del nombre de mi(s) hijo(s)/a(s) por el Plan o el Fondo de Bienestar para el propósito de los reconocimientos por sus logros.
- Acepto todas las condiciones y limitaciones del Local 2/El Plan de Cuidado de Niños y Ancianos y el Fondo de Bienestar.