

新生婴儿福利宣誓书

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
子女姓名	子女出生日期	与你的关系

请回答以下每项声明。

1. 我需要此福利支付托儿服务才能工作。 是 否
2. 我和/或我的配偶报税年份为 2019 和 2020 年申报此儿童为抚养人。 是 否
3. 部分或全部来自该福利的回款均用于购买婴儿日用品。 是 否
4. 我每个月支付 125 元或以上用于托儿服务。 是 否
5. 我所支付托儿服务提供者的名称 _____ 电话 _____
6. 我所支付费用所用于的人士是我 19 岁以下的子女或继子女。 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

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。
- 如果服务提供者改变, 我的地址改变, 上述名字的子女的抚养或监护身份改变, 或如果上述名字的子女搬出所批准的北加州 15 个县其中一个, 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 _____