

Esta traducción es sólo para referencia. Por favor complete y devuelva el formulario en inglés.

**Declaración jurada para el beneficio del Recién Nacido**

**Año del plan 2020-2021**

Apellido	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 niño/a	Fecha de nacimiento del niño/a	Parentesco

**Por favor conteste cada declaración a continuación.**

1. Yo uso este beneficio para pagarle a alguien que cuide a mi niño/a para que yo pueda trabajar  Sí  No
2. Yo y/o mi cónyuge declaramos a este niño/a como dependiente en el año fiscal 2020 y 2021.  Sí  No
3. Parte de o todo el dinero que recibo de este beneficio se utiliza para artículos de bebé.  Sí  No
4. Yo pago \$125 dólares o más al mes para los servicios de cuidado.  Sí  No
5. El nombre de la persona o servicio a quien yo le pago es: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_
6. La persona a quien yo le pago es mi hijo/a o hijastro/a que tiene menos de 19 años de edad.  Sí  No
7. Yo y/o mi cónyuge lo declaramos como dependiente al final de este año fiscal.  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 prestador de servicios, de domicilio, o del estado de dependencia o custodia del niño/a mencionado arriba, o si el mismo 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.
- Permito 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.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Copia blanca: Oficina del Plan

Copia del color: del Local 2 Miembro