

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。

报税身份: 单身 已婚 已婚但分开报税 户主

1. 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

2. 我的子女在: 11 年级 12 年级

3. 本计划支付一半的税用于该福利而 Local 2 会员支付另一半的税。

Local 2 会员分担这项税的款项是 50 元。

我同意以支票或汇票支付 50 元, 抬头写: SFCBSEDC/ECS, 用于我子女的课程。 是 否

4. 我同意在此课程开始前为我的子女注册正式的 SAT 或 ACT 考试。 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 \_\_\_\_\_