



Local 2/Hospitality Industry Child & Elder Care Plan

209 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102 • 415/864-0506
ChildElderPlan@local2benefits.org • www.local2benefits.org

Fecha: El año del plan 2023-2024 *Plan Year 2023-2024*
 Para: Miembros del Local 2 y sus cuidadores *Local 2 Members and Their Caregivers*
 De: Louise Rush, directora del plan *Louise Rush, Plan Director*
 Tema: Los procedimientos del pago del beneficio del cuidado de ancianos/discapacitados *Elder/Disabled Care Benefit Payment Procedures*

El propósito del beneficio para el cuidado de ancianos/discapacitados es para ayudarles a los miembros del Local 2 con el pago para un cuidador para su familiar mientras ustedes trabajan. Este beneficio no puede ser usado como suplemento de su ingreso y debe ser pagado al cuidador de su familiar.

*The purpose of the Elder/Disabled Care benefit is to help Local 2 workers pay someone to care for their relative while they work. These benefits are **not** intended to supplement the income of Local 2 workers and must actually be paid to the family's caregivers.*

El plan de cuidado de niños y ancianos tiene procedimientos para asegurar que los cuidadores reciban el pago correcto. El envío de información falsa con el propósito de obtener los beneficios del Plan no solo es una violación de los términos del Plan, dicha conducta es ilegal.

The Child & Elder Care Plan has procedures to ensure correct payment to caregivers. The submission of false information for purposes of obtaining Plan benefits is not only a violation of the Plan, such conduct is unlawful.

Este formulario, al frente y atrás, contiene puntos clave que requieren el consentimiento de usted y su cuidador.

This form, front and back, contains key points that require agreement from you and your caregiver.

MIEMBRO DEL LOCAL 2 – FAVOR DE LLENAR

- Yo le notificaré a la oficina del plan, dentro de 30 días, si hay un cambio de persona a la cual le pago para cuidar de mi familiar.**

*I will notify the Plan office within 30 days if the **person I pay** to take care of my relative changes.*

- Le pago a mi niñera \$ 160 o más por mes para cuidar a mi familiar.**

*I pay my caregiver **\$160 or more a month** to care for my relative.*

Al imprimir y firmar mi nombre a continuación, confirmo que estoy de acuerdo con los números 1 y 2 anteriores.

Printing and signing my name below confirm my agreement to #1 and #2 above.

Nombre de miembro del Local 2 (Imprimir)

Firma

Fecha





Local 2/Hospitality Industry Child & Elder

Care Plan

209 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102 • 415/864-0506
ChildElderPlan@local2benefits.org • www.local2benefits.org

El Año del plan: septiembre 2023 hasta agosto 2024

COMPROBANTE DEL PAGO PARA LOS SERVICIOS DEL CUIDADO DE FAMILIARES ANCIANOS O DISCAPACITADOS

PERSONAS ENCARGADAS DEL CUIDADO: FAVOR DE LLENAR

Nombre del cuidador a quien se le paga _____

Name of Paid Caregiver

Teléfono _____

Phone

Idiomas que hablo: Inglés _____ Español _____ Otro _____

Languages You Speak:

English

Spanish

Other

EL NUMERO de horas que se le pagan cada mes # _____

NUMBER of Hours You Are Paid Each Month

Nombre de la persona que usted cuida _____

Name of PERSON You Care For

La cantidad que se le paga CADA MES por el miembro del Local 2 \$\$ _____

Amount EACH MONTH You Are Paid by Local 2 Worker

¿El miembro del Local 2 quien le paga es su familiar? sí _____ no _____

Are you related to the Local 2 worker who pays you?

yes

no

Si contesto sí, ¿cuál es la relación? _____

If yes, how are you related?

PERSONAS ENCARGADAS DEL CUIDADO: FAVOR DE LLENAR

1. Si me llama alguien del plan del cuidado de niños y ancianos del Local 2, yo contestaré a las preguntas que me hagan sobre mis responsabilidades como el/la cuidador/a.

If someone from the Local 2 Child & Elder Care Plan contacts me, I will answer their questions about my caregiving responsibilities.

2. Recibo \$ 160 o más por mes para cuidar a la persona mayor o discapacitada mencionada en esta página. I receive \$160 or more per month to care for the elder or disabled person referenced on this page.

Imprimir y firmar mi nombre a continuación confirma mi acuerdo con los números 1 y 2 anteriores y con toda la información que he escrito en esta página.

Printing and signing my name below confirm my agreement to #1 and #2 above and to all the information I have written on this page.

Nombre del cuidador del cuidador (Imprimir)

Firma del cuidador

Fecha

