



# 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 2022-2023	Plan Year 2022-2023
Para:	Padres y sus cuidadores	Parents and Their Caregivers
De:	Louise Rush, directora del plan	Louise Rush, Plan Director
Tema:	Los procedimientos del pago del beneficio del cuidado informal de niños	Informal Child Care Benefit Payment Procedures

El propósito del beneficio para el cuidado informal de niños es para ayudarles a los miembros del Local 2 con el pago para un cuidador para su hijo/a. **Este beneficio no puede ser usado como suplemento de su ingreso y debe ser pagado al cuidador de su familiar.**

*The purpose of the Informal Child Care benefit is to help Local 2 workers pay someone to care for their children 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 terms 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

**1. 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 niño/a.**

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

**2. Le pago a mi niñera \$100 o más por mes para cuidar a mi hijo/a.**

*I pay at least \$100 or more a month for the care of my child.*

**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 2022 hasta agosto 2023

### 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 hijo/a que usted cuida \_\_\_\_\_  
*Name of CHILD 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

- 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 child care responsibilities.*
- Recibo \$100 o más por mes por cuidar al niño mencionada en esta página. *I receive \$100 or more per month to care for the child 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

