

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
Y PROGRAMA DE EXENCIÓN PARA SERVICIOS DE CUIDADO
PERSONAL (WPCS) FORMULARIO DE CANCELACIÓN DE LA AUTO
CERTIFICACIÓN DE RESIDENTE CON QUIEN SE CONVIVE PARA LA
EXCLUSIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES Y ESTATALES DEL PAGO**

Nombre del Proveedor	Nombre del beneficiario
Número del proveedor	Número del caso del beneficiario
Condado de Residencia	

**TODA LA INFORMACIÓN SE DEBE PRESENTAR Y COMPLETAR
EN INGLÉS PARA CANCELAR LA EXCLUSIÓN.
VEA PÁGINA 2 PARA INSTRUCCIONES.**

Ya no vivo con mi beneficiario _____, y quisiera eliminar la auto certificación existente para la exclusión de mis pagos de IHSS/WPCS de los impuestos personales federales y estatales.

Firma del proveedor:	Fecha de la firma:
----------------------	--------------------

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A:

IHSS – IRS Live-In Self-Certification
P.O. Box 1677
West Sacramento, CA 95691-6677

Instrucciones para completar el formulario de auto certificación de convivencia

1. Toda la información solicitada debe ser ingresada en inglés en el área designada del formulario.
2. Debe firmar el formulario en la línea designada.
3. Utilice solo tinta negra y por favor escriba claramente.
4. No arrugue o grape el formulario.
5. Número del Proveedor: Ingrese el nombre tal como aparece en el papeleo de IHSS.
6. Nombre del proveedor: Se puede encontrar en el papeleo de IHSS – Aviso al proveedor de las horas autorizadas del beneficiario y Servicios y Horas Máximas Semanales, Hoja de horas del proveedor, etc.
7. Número del Caso del Beneficiario: Se puede encontrar en el papeleo de IHSS – Aviso al proveedor de las horas autorizadas del beneficiario, y Servicios y Horas Máximas Semanales, Hoja de horas del proveedor, etc.
8. Condado de Residencia del beneficiario: Por favor ingrese el condado donde usted y su beneficiario residen.