

**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.