

فرم زنده – در صدور خود – گواهینامه برای حذف مالیات بر درآمد فدرال و ایالت برنامه خدمات مراقبت از منزل (IHSS) و برنامه خدمات چشم پوشی مراقبت شخصی (WPCS)

نام ارائه دهنده	نام گیرنده
شماره ارائه دهنده	شماره پرونده گیرنده
شهرستان محل اقامت	

تمام اطلاعات باید به انگلیسی تکمیل شود.
لطفاً برای دستورالعمل ها صفحه 2 را ملاحظه کنید.

صدور خود - گواهینامه ارائه دهنده

با تکمیل این فرم، شما گواهی می کنید که دستمزد شما برای ارائه خدمات IHSS و / یا WPCS به گیرنده ای که در بالا ذکر شده است، از مالیات بر درآمد شخصی شما در فدرال و ایالت حذف خواهد شد.

من تحت مجازات دروغ گویی، اعلام می کنم که من یک ارائه دهنده برنامه IHSS و / یا WPCS هستم و برای مراقبت هایی که برای _____، که با من در یک خانه زندگی می کند ارائه می دهم، پرداخت می شوم.

امضاء ارائه دهنده:	تاریخ امضاء:
--------------------	--------------

لطفاً فرم کامل شده را به نشانی زیر ارسال کنید:

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

دستورالعمل های کامل کردن فرم زنده - در صدور خود - گواهینامه

1. تمام اطلاعات درخواست شده در این فرم، باید به انگلیسی در فضای تعیین شده ثبت شود.
2. شما باید فرم را در خط تعیین شده امضاء کنید.
3. شما باید تاریخ امضاء فرم را در خط تعیین شده درج کنید.
4. لطفاً فقط از قلم رنگ مشکی استفاده کنید و پاسخ های خود را واضح بنویسید.
5. لطفاً این فرم را چروک یا منگنه نکنید.
6. نام ارائه دهنده: لطفاً نام خود را همانطور که در اسناد IHSS شما نشان داده می شود، ثبت کنید.
7. شماره ارائه دهنده: این شماره ممکن است در اسناد IHSS شما یافت شود - (اطلاعیه ارائه دهنده از ساعات و خدمات مجاز گیرنده و حداکثر ساعات هفتگی، جدول زمانی یا Timesheet ارائه دهنده، و غیره).
8. شماره پرونده گیرنده: این شماره ممکن است در اسناد IHSS شما یافت شود - اطلاعیه ارائه دهنده از ساعات و خدمات مجاز گیرنده و حداکثر ساعات هفتگی، جدول زمانی یا Timesheet ارائه دهنده، و غیره.
9. شهرستان محل اقامت: لطفاً شهرستانی که شما و گیرنده خدمات شما زندگی می کنید را ارائه دهید.