

فرم زنده – در صدور خود – گواهینامه برای لغو 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	

همه اطلاعات این فرم برای لغو حذف مالیات باید به انگلیسی حاضر و تکمیل شود.  
 لطفاً برای دستورالعمل‌ها صفحه 2 را ملاحظه کنید.

من دیگر با گیرنده خود \_\_\_\_\_ زندگی نمی‌کنم، و می‌خواهم گواهینامه موجود خود برای حذف حقوق و دستمزد IHSS / WPCS من از مالیات بر درآمد شخصی فدرال و ایالتی را لغو کنم.

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 لغو 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 امضا کنید و تاریخ ذکر کنید.
3. لطفاً فقط از قلم رنگ مشکی استفاده کنید و پاسخ های خود را واضح بنویسید.
4. لطفاً این فرم را چروک یا منگنه نکنید.
5. نام ارائه دهنده: لطفاً نام خود را همانطور که در اسناد IHSS شما نشان داده می شود، ثبت کنید.
6. 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.
7. 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.
8. شهرستان محل اقامت: لطفاً شهرستانی که شما و گیرنده خدمات شما زندگی می کنید را ارائه دهید.