

연방 및 주정부 소득세 임금 제외를 위한 가내 지원 서비스 (IHSS) 프로그램 및 면제 개인 간호 서비스 (WPCS) 프로그램 입주식 자가 인증 양식

제공자 이름	수혜자 이름
제공자 번호	수혜자 케이스 번호
거주지 카운티	

모든 정보는 영어로 작성 완료해야 함.
지시 사항에 대해 2 페이지를 참고하십시오.

제공자 자가 인증

이 양식을 작성함으로써, 당신이 상기 수혜자에게 IHSS 및/또는 WPCS 서비스를 제공하고 받은 임금이 연방 및 주정부 개인 소득세에서 제외됨을 인증하게 됩니다.

위증시 처벌을 받을 수 있다는 조건 아래 본인이 같은 집에 사는 사람에게 제공한 간호에 대해 IHSS 및/또는 WPCS 프로그램으로부터 지불금을 받는 제공자임을 선언합니다.

제공자 서명:	서명 날짜:
---------	--------

작성한 양식을 보내실 곳:

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

입주식 자가 인증 양식 작성을 위한 지시 사항

1. 요청한 모든 정보는 이 양식의 지정된 곳에 영어로 입력해야 합니다.
2. 이 양식의 지정된 선 위에 서명해야 합니다.
3. 지정한 선 위에 서명된 양식에 날짜를 제공해야 합니다.
4. 검정색 잉크만 사용하고 분명하게 인쇄체로 적어주십시오.
5. 양식을 구기거나 스테이플로 고정하지 마십시오.
6. 제공자 이름: **IHSS** 서류상에 있는 이름 그대로 입력하십시오.
7. 제공자 번호: **IHSS** 서류에서 찾을 수 있습니다. – (수혜자의 승인된 시간과 서비스 및 주당 최대 시간에 대한 제공자 통지서, 및 제공자 근무시간표, 등).
8. 수혜자 케이스 번호: **IHSS** 서류에서 찾을 수 있습니다. – 수혜자의 승인된 시간과 서비스 및 주당 최대 시간에 대한 제공자 통지서, 및 제공자 근무시간표, 등.
9. 수혜자 거주지의 카운티: 당신과 당신의 수혜자가 거주하는 카운티를 입력하십시오.