

연방 및 주정부 소득세 임금 제외를 위한 가내지원서비스(IHSS) 프로그램 및 면제 개인간호서비스(WPCS) 프로그램 입주식 자가 인증 취소 양식

제공자 이름	수혜자 이름
제공자 번호	수혜자 케이스 번호
거주지 카운티	

제외를 취소하려면 양식에 있는 모든 정보를 영어로 작성 완료해야 함.
 지시 사항에 대해 2 페이지를 참고하십시오.

본인은 더 이상 본인의 수혜자 _____ 와 함께 살지 않으며,
 연방 및 주정부 개인 소득세에서 본인의 IHSS/WPCS 임금의 제외를 위한 기존의
 자가 인증을 삭제해 주시길 원합니다.

제공자 서명:	서명 날짜:
---------	--------

작성 완료한 양식을 보내실 곳:

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

입주식 자기 인증 취소 양식 작성을 위한 지시 사항

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