

**ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ НА ДОМУ (IHSS) И
АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ ПЕРСОНАЛЬНЫХ УСЛУГ
(WPCS)**

**ФОРМА АННУЛИРОВАНИЯ САМОСЕРТИФИКАЦИИ ДЛЯ ЛИЦ,
ПРОЖИВАЮЩИХ ВМЕСТЕ С ПОЛУЧАТЕЛЕМ
(Live-In Self-Certification Cancellation Form), ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ
УПЛАТЫ ФЕДЕРАЛЬНЫХ НАЛОГОВ И НАЛОГОВ ШТАТА**

Имя провайдера	Имя получателя
Номер провайдера	Номер дела получателя
Округ местожительства	

**ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ В ФОРМЕ ДЛЯ АННУЛИРОВАНИЯ
ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ УПЛАТЫ НАЛОГОВ ДОЛЖНА БЫТЬ
ЗАПОЛНЕНА НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ
СМОТРИТЕ ИНСТРУКЦИИ НА СТРАНИЦЕ 2.**

Я больше не проживаю с моим получателем _____, и хотел(а) бы аннулировать существующую самосертификацию исключения моей IHSS/WPCS зарплаты от федеральных налогов и налогов штата.

Подпись провайдера:	Дата подписи:
---------------------	---------------

ВЕРНИТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ПО АДРЕСУ:
 IHSS – IRS Live-In Self-Certification
 P.O. Box 1677
 West Sacramento, CA 95691-6677

Инструкция по заполнению формы аннулирования самосертификации Live-In

1. Вся запрашиваемая информация должна быть внесена в форму на английском языке в указанном месте.
2. Вы должны подписать форму и указать дату на обозначенной линии.
3. Используйте только черные чернила и пишите четко печатными буквами.
4. Не мните и не скрепляйте форму.
5. Имя провайдера: введите ваше имя в том виде, в каком оно указано в ваших документах IHSS.
6. Номер провайдера: может быть найден в ваших документах IHSS – (Уведомление провайдера о разрешенных часах и услугах и максимальном количестве часов в неделю, Табель рабочих часов провайдера и др.).
7. Номер дела получателя: может быть найден в ваших документах IHSS – (Уведомление провайдера о разрешенных часах и услугах и максимальном количестве часов в неделю, Табель рабочих часов провайдера и др.).
8. Округ местожительства получателя: укажите, пожалуйста, округ, где проживаете вы и ваш получатель.