

居家支援服務 (IHSS) 計劃和豁免個人護理服務 (WPCS) 計劃 聯邦和州政府排除薪資稅收住家自我認證表

服務提供人員姓名	服務領受者姓名
服務提供人員號碼	服務領受者個案號碼
居住地所屬縣	

所有資訊必須用英文填寫完成。
請查看第 2 頁上提供的說明。

服務提供人員自我認證

填寫此份表格後, 你確認你為上述姓名服務領受者所提供的 IHSS 以及/或者 WPCS 的服務薪資, 將從你的聯邦和州政府的個人所得稅收中排除薪資稅收。

根據作偽證要遭受懲罰的法律, 我聲明我是在 IHSS 以及/或者在 WPCS 計劃下領取薪資的服務提供人員, 我向
提供護理服務, 其與我居住在同一個家庭裡。

服務提供人員簽名:	簽名日期:
-----------	-------

交回已填寫完成的表格至:

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

填寫住家自我認證表格的說明

1. 所有要求的資訊必須在表格上指定的區域, 以英文填寫.
2. 你必須在指定的劃線處簽署表格.
3. 你必須在已經設計的劃線處提供表格簽署的日期.
4. 只能使用黑色墨水, 請打印清楚.
5. 不要弄皺或者用釘書釘釘在表格上.
6. 服務提供人員姓名: 填入你在 **IHSS** 文書檔案中顯示的姓名.
7. 服務提供人員號碼: 可以在你的 **IHSS** 文書檔案中找到 - (服務提供人員的通知, 對於服務領受者授權的時數和服務, 以及每週最多的工作時間, 服務提供人員的時間表, etc.).
8. 服務領受者個案號碼: 可以在你的 **IHSS** 文書檔案中找到 - 服務提供人員的通知, 對於領受者授權的時數和服務, 以及每週最多的工作時間, 服務提供人員的時間表, etc.
9. 服務領受者居住所屬的縣: 請填入你和你的服務領受者居住地所屬的縣.