

– **Certificación del trabajador de servicios de descanso** –

Si usted es trabajador de servicios de descanso – no una agencia o institución – tiene que llenar lo siguiente y firmar a continuación.

– Escriba cuidadosamente en letra de molde con tinta azul o negra –

Nombre del trabajador de servicios de descanso:

_____ (Nombre) _____ (Apellido)

Número de teléfono: () _____

Número del Seguro Social*: _____

Dirección: _____

Certifico que presté servicios de descanso al consumidor que figura en este formulario en la dirección, fechas y horas indicadas. Entiendo que si doy información incorrecta es posible que tenga que pagar una multa o ir a la cárcel.

X _____ Fecha: ____ / ____ / ____
(Firma del primer trabajador de servicios de descanso)

Si usó a más de un trabajador de servicios de descanso, el segundo trabajador de descanso tiene que llenar lo siguiente y firmar a continuación:

– Escriba cuidadosamente en letra de molde con tinta azul o negra –

Nombre del trabajador de servicios de descanso:

_____ (Nombre) _____ (Apellido)

Número de teléfono: () _____

Número del Seguro Social*: _____

Dirección: _____

Certifico que presté servicios de descanso al consumidor que figura en este formulario en la dirección, fechas y horas indicadas. Entiendo que si doy información incorrecta es posible que tenga que pagar una multa o ir a la cárcel.

X _____ Fecha: ____ / ____ / ____
(Firma del segundo trabajador de servicios de descanso)

* Utilizaremos su número del Seguro Social para verificar sus declaraciones en este formulario y para confirmar cumplimiento con todas las leyes y reglamentos aplicables. Si no da esta información verazmente, no le pagarán ni le reembolsarán por estos servicios.

– **Certificación del Familiar que vende servicios** –

① Mi familiar recibió todas las horas de servicio de descanso que se indican en este formulario. Entiendo que sólo puedo facturar los servicios de descanso que verdaderamente fueron prestados a mi familiar por un trabajador de servicios de descanso, agencia o institución. Yo no puedo proporcionar personalmente el servicio de descanso. El consumidor puede recibir el servicio en la casa de un familiar.

② Tengo que guardar copias impresas de todos los registros de servicios de descanso por 5 años. Los registros tienen que incluir lo siguiente:

- fechas de servicio
- dirección donde se prestaron los servicios
- nombre del trabajador de servicios de descanso, agencia o institución
- prueba de pago (como cheques cancelados, recibos firmados de pago en efectivo, cheques de caja, estados de cuenta o nómina, etc.)

③ Si usé un trabajador de servicios de descanso – no una agencia o institución – también tengo que mantener un registro de la siguiente información para cada trabajador:

- fecha de nacimiento
- número del Seguro Social
- dirección
- número de teléfono

④ Cualquier condado, estado o agencia federal puede efectuar una auditoría de mis registros, y acepto dar la información y registros enumerados anteriormente al auditor.

⑤ No elegí a mi trabajador de servicios de descanso basado en su raza, religión, color, origen étnico, sexo, edad, o discapacidad física o mental. El/los trabajador(es) de servicios de descanso que elegí tenía(n) por lo menos 18 años de edad. Comprobé que tenía(n) las destrezas, la capacitación o educación necesarias para poder prestar los servicios de descanso. También verifiqué que estaba(n) capacitados para ocuparse de cualquier respaldo o necesidad especial enumerada en el IPP o IFSP del consumidor.

⑥ El gobierno puede considerar que yo soy el empleador del trabajador de servicios de descanso. Es posible que sea responsable por la retención de impuestos federales, estatales y locales del sueldo del trabajador de servicios de descanso y por el pago y declaración de los impuestos de nómina y del monto del sueldo al IRS y al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD). Es posible que también tenga que pagar el seguro de compensación del trabajador al trabajador que contrate. Si no sé cómo hacerlo, es mi responsabilidad ponerme en contacto con un consultor de impuestos, del IRS o EDD, o con un proveedor de compensación del trabajador para obtener más información. Declaro bajo pena de perjurio que la información que antecede y la información de la página 1 son veraces y correctas. También declaro que soy la única persona que empleó, supervisó y asignó tareas al los trabajador de servicios de descanso que enumeré en el formulario. He leído y cumplido con todos los requisitos del programa de servicios de descanso y los términos y condiciones que se enumeran en lo que antecede.

⑦ Toda la información de este formulario es correcta y completa. Entiendo que si doy información incorrecta es posible que tenga que pagar una multa o ir a la cárcel.

– Firme con tinta azul o negra –

X _____ Fecha: ____ / ____ / ____
(Firma del familiar que vende servicios)