

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
Y PROGRAMA DE EXENCION PARA SERVICIOS DE CUIDADO
PERSONAL (WPCS) FORMULARIO DE AUTO CERTIFICACIÓN DE
RESIDENTE CON QUIEN SE CONVIVE PARA LA EXCLUSIÓN DE
IMPUESTOS FEDERALES Y ESTATALES DEL PAGO**

Nombre del Proveedor	Nombre del beneficiario
Número del proveedor	Número del caso del beneficiario
Condado de Residencia	

**TODA LA INFORMACIÓN SE DEBE COMPLETAR EN INGLÉS.
VEA PÁGINA 2 PARA INSTRUCCIONES.**

Auto certificación del Proveedor

Al completar este formulario, usted está dando fé que los pagos que recibe por proporcionar servicios de IHSS y/o de WPCS al beneficiario mencionado arriba serán excluidos de sus impuestos federales y estatales por ingresos personales.

Bajo pena de perjurio, declaro que soy un proveedor que recibe pagos conforme al programa de cuidado de IHSS y/o de WPCS por el cuidado que proporciono a _____, quien vive conmigo en la misma residencia.

Firma del proveedor:	Fecha de la firma:
----------------------	--------------------

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A:

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

Instrucciones para completar el formulario de auto certificación de convivencia

1. Toda la información solicitada debe ser ingresada en inglés en el área designada del formulario.
2. Debe firmar el formulario en la línea designada.
3. Debe incluir la fecha en que se firmó el formulario en la línea designada.
4. Utilice solo tinta negra y por favor escriba claramente.
5. No arrugue o grape el formulario.
6. Nombre del proveedor: Ingrese su nombre tal como aparece en su documentación de IHSS.
7. Número del proveedor: Se puede encontrar en el papeleo de IHSS – (Aviso al proveedor de las horas autorizadas del beneficiario y Servicios y Horas Máximas Semanales, Hoja de horas del proveedor, etc.).
8. Número del Caso del beneficiario: Se puede encontrar en el papeleo de IHSS – Aviso al proveedor de las horas autorizadas del beneficiario, y Servicios y Horas Máximas Semanales, Hoja de horas del proveedor, etc.
9. Condado de Residencia del beneficiario: Por favor ingrese el condado donde usted y su beneficiario residen.