



Local 2/Hospitality Industry Child & Elder

Care Plan

209 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102 • 415/864-0506
ChildElderPlan@local2benefits.org • www.local2benefits.org

CUIDADO DE FAMILIARES MAYORES O CON DISCAPACITADOS

COMPROBANTE DE PAGO

El propósito del beneficio para **el cuidado de ancianos/discapacitados** es para ayudarles a los miembros del Local 2 con el pago para un cuidador para su familiar mientras ustedes trabajan. **Este beneficio no puede ser usado como suplemento de su ingreso y debe ser pagado a tu cuidador.**

*The purpose of the **Elder/Disabled Care** benefit is to help Local 2 workers pay a caregiver to care for their relative while they work. These benefits are **not** intended to supplement the income of Local 2 workers and must actually be paid to the caregiver.*

El plan de cuidado de niños y ancianos tiene procedimientos para asegurar que los cuidadores reciban el pago correcto. El envío de información falsa con el propósito de obtener los beneficios del Plan no solo es una violación de los términos del Plan, dicha conducta es ilegal.

The Child & Elder Care Plan has procedures to ensure correct payment to caregivers. The submission of false information for purposes of obtaining Plan benefits is not only a violation of the Plan, such conduct is unlawful.

Este formulario, al frente y atrás, contiene puntos clave que requieren el consentimiento de usted y su cuidador.

This form, front and back, contains key points that require agreement from you and your caregiver.

MIEMBRO DEL LOCAL 2 – POR FAVOR DE LLENAR

1. Yo le notificaré a la oficina del plan, dentro de 30 días, si hay un cambio de persona a la cual le pago para cuidar de mi **familiar**.

*I will notify the Plan office within 30 days if the caregiver I pay to take care of my **relative** changes.*

2. Le pago a mi niñera \$ 200 o más por mes para cuidar a mi **familiar**.

*I pay my caregiver \$200 or more a month to care for my **relative**.*

Al imprimir y firmar mi nombre a continuación, confirmo que estoy de acuerdo con los números 1 y 2 anteriores.

Printing and signing my name below confirm my agreement to #1 and #2 above.

Nombre de miembro del Local 2 (Imprimir)

Firma

Fecha





Local 2/Hospitality Industry Child & Elder

Care Plan

209 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102 • 415/864-0506
ChildElderPlan@local2benefits.org • www.local2benefits.org

CUIDADO DE FAMILIARES MAYORES O CON DISCAPACITADOS

CUIDADOR: POR FAVOR DE LLENAR ESCRITO A MANO - NO A MAQUINA

Nombre del cuidador a quien se le paga _____
Name of Paid Caregiver

Teléfono _____
Phone

Idiomas que hablo Inglés _____ Español _____ Otro _____
Languages You Speak: English Spanish Other

EL NUMERO de horas que se le pagan cada mes # _____
NUMBER of Hours You Are Paid Each Month

Nombre de **mayores o discapacitados** la persona que usted cuida _____
Name of Elder of Disabled Person You Care For

La cantidad que se le paga CADA MES por el miembro del Local 2 \$\$ _____
Amount EACH MONTH You Are Paid by Local 2 Worker

¿El miembro del Local 2 quien le paga es su familiar? sí _____ no _____
Are you related to the Local 2 worker who pays you? yes no

Si contesto sí, ¿cuál es la relación? _____
If yes, how are you related?

PERSONAS ENCARGADAS DEL CUIDADO: POR FAVOR DE LLENAR

1. Si me llama alguien del plan del cuidado de niños y ancianos del Local 2, yo contestaré a las preguntas que me hagan sobre mis responsabilidades como el/la cuidador/a.

If someone from the Local 2 Child & Elder Care Plan contacts me, I will answer their questions about my caregiving responsibilities.

2. Recibo \$200 o más por mes para cuidar a la persona **mayor o discapacitada** mencionada en esta página. I receive \$200 or more per month to care for the **elder or disabled** person referenced on this page.

Imprimir y firmar mi nombre a continuación confirma mi acuerdo con los números 1 y 2 anteriores y con toda la información que he escrito en esta página.

Printing and signing my name below confirm my agreement to #1 and #2 above and to all the information above.

Nombre del cuidador (Imprimir)

Firma

Fecha

