



# 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

Fecha: El año del plan 2024-2025 *Plan Year 2024-2025*  
 Para: Miembros del Local 2 y sus cuidadores *Local 2 Members and Their Caregivers*  
 De: Louise Rush, directora del plan *Louise Rush, Plan Director*  
 Tema: Los procedimientos del pago del beneficio del cuidado de ancianos/discapacitados *Elder/Disabled Care Benefit Payment Procedures*

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 – FAVOR DE LLENAR

- 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.*

- Le pago a mi niñera \$ 160 o más por mes para cuidar a mi familiar.**

*I pay my caregiver \$160 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

El Año del plan: septiembre 2024 hasta agosto 2025

## COMPROBANTE DEL PAGO PARA LOS SERVICIOS DEL CUIDADO DE FAMILIARES ANCIANOS O DISCAPACITADOS

### PERSONAS ENCARGADAS DEL CUIDADO: FAVOR DE LLENAR

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 la persona que usted cuida \_\_\_\_\_

*Name of 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: 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 \$ 160 o más por mes para cuidar a la persona mayor o discapacitada mencionada en esta página. I receive \$160 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 I have written on this page.*

Nombre del cuidador del cuidador (Imprimir)

Firma del cuidador

Fecha

