



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

Memo To: Providers of childcare and youth programs
From: Louise Rush, Director
Subject: Payment Receipts
Date: September 2024 – August 2025

The Child & Elder Care Plan partially reimburses hotel and restaurant workers in San Francisco for the costs of their childcare and youth programs. This is one of only a few plans in the U.S. that helps union members pay for childcare services. Every quarter, as we prepare to reimburse parents, we spend countless hours reviewing the legitimacy and accuracy of the payment receipts. You would be doing us a **big** favor, if you could:

- Complete the form on the back of this sheet.
- **Provide parents with original (not photocopy) payment receipts, & stamp the back of this sheet with your program stamp.**
- Give this to the parent so they can submit it to us by our payment deadlines: November 20, March 1, June 1 and September 1.

If you have any questions, please contact us. We appreciate your cooperation.

Louise Rush, Director

.....

Memo para: Los prestadores del cuidado de menores y los programas juveniles
De: Louise Rush, Directora
Tema: Comprobantes del pago
Fecha: Septiembre 2024 – agosto 2025

El Plan de Cuidado de Niños y Ancianos le reembolsa a los trabajadores de hoteles y restaurantes en San Francisco una parte del costo del cuidado para sus hijos y para los programas juveniles. Este plan es uno de solo pocos programas en los Estados Unidos que ayudan a los miembros del sindicato pagar por los servicios del cuidado de menores. Cada 3 meses, a medida que se preparan los reembolsos para los padres, pasamos numerosas horas repasando la autenticidad y exactitud de los comprobantes del pago. Nos estaría haciendo un **gran** favor, si usted haría lo siguiente:

- Llenar el formulario que se encuentra al reverso de esta hoja.
- **Proporcionarle a los padres los comprobantes originales (no copias) de los pagos, Y colocar el sello de su programa en esta hoja.**
- Entregar esta hoja al padre o madre cuando se lo pidan para que ellos lo puedan presentar antes de las fechas limites: El 20 de noviembre, el 1 de marzo, el 1 de junio, y el 1 de septiembre.

Por favor llámenos si tiene alguna pregunta.

Louise Rush, Directora

.....

告示: 托儿和青少年计划的服务提供者
发自: Louise Rush 主任
标题: 付款收据
日前: 2024年9月至2025年8月

儿童和长者看护计划为三藩市的酒店和餐馆业雇员提供部分回款来支付他们的托儿和青少年计划的费用。这个计划是美国少数会帮助工会成员支付托儿服务的其中之一。每一个季度，当我们准备回款给家长的时候，我们会花很多时间去审查付款收据的合法性和准确性。你可以帮我们一个大忙，如果每一个季度，你可以：

- 填写在这张表单背面的表格。
- 向家长提供原始（并非复印件）的付款收据，以及在这张表单背后盖上你机构的公章。
- 当家长要求的时候将这张表单交给他们，这样他们可以在付款限期之前将该表单递交给我们，限期为：11月20日、3月1日、6月1日、9月1日。

如有任何问题请致电我们。我们感谢您的合作。

Louise Rush, 主任



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

Plan Year: September 2024 - August 2025

计划年度: 2024 年 9 月至 2025 年 8 月

El Año del plan: septiembre 2024 hasta agosto 2025

PROOF OF PAYMENT FOR CHILDCARE & YOUTH PROGRAMS EL COMPROBANTE DEL PAGO PARA EL CUIDADO DE MENORES Y LOS PROGRAMAS JUVENILES 托儿和青少年计划的付款证明

* * * * *

PROVIDERS: PLEASE COMPLETE, NOT PARENTS
PRESTADORES DE SERVICIOS: FAVOR DE LLENAR, NO LOS PADRES
服务提供者: 请由你填写, 并非由家长

Name of Program _____ Phone _____
Nombre del programa ... 计划名称 # Tel ... 电话号码

Address _____ Email _____
Dirección ... 地址 Email ... 电子邮件

Name of Child _____ Name of Parent _____
Nombre del menor 儿童姓名 Nombre del padre o madre 家长姓名

Service type _____ childcare _____ youth class or program _____ before/after school child care _____ other costs or fees
Tipo de servicio guardería programa o curso juvenil guardería antes y/o después de clases otros gastos pagos
服务类型 托儿 青少年课程或计划 课前/课后托儿 其他支出和费用

* * * * *

WE DO NOT REIMBURSE TUITION FOR PRIVATE GRADE SCHOOLS * NOSOTROS NO REEMBOLSAMOS EL COSTO DE LA MATRICULA PARA ESCUELAS PRIVADAS DE PRIMARIA * 我们不会为私立年级学校回款。

Month #1 From Date _____ to Date _____ Total Received _____
Mes #1 De Fecha Hasta fecha Monto recibido
第一个月 从日期 至日期 总共收到

Month #2 From Date _____ to Date _____ Total Received _____

Month #3 From Date _____ to Date _____ Total Received _____

PROVIDER STAMP
SELLO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS * 提供者公章

Print Provider Name _____ Title _____ Provider Signature _____ Date _____
Nombre del prestador de servicio, en letra de molde Puesto/Cargo Firma del prestador de servicio Fecha
提供者名称正体 职位 提供者签名 日期