



STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION

PO Box 45600 • Olympia WA 98504-5600

Уведомление для клиентов, которые нанимают на работу индивидуальную особу для оказания услуг

Notice to Clients Who Employ An Individual Provider

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ADSA
-----------------------	---------------------------------	---------------------------------

Ваша оплата индивидуальной особе для оказания услуг вычитается из налогов социального обеспечения (Social Security) и Медикейр (Medicare), если эта особа является вашим:

- Супругом(-ой), при условии наличия "дедушкиной оговорки", то есть защиты этих услуг от изменений налогового законодательства согласно Chore Program;
- Родителем; или
- Ребенком, достигшим совершеннолетия, в возрасте от 18, 19 или 20 лет.

Если какое-либо из этих условий относится к вам, укажите необходимую информацию, приведенную ниже, и подпишите этот документ. Заполненную форму следует отправить:

- Супруг (-а)
- Родитель
- Ребенок, достигший совершеннолетия, в возрасте от 18, 19 или 20 лет.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОСОБЫ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ УСЛУГИ	НОМЕР ПОСТАВЩИКА
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОСОБЫ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ УСЛУГИ	НОМЕР ПОСТАВЩИКА
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА

