

# Formulario de factura por servicios de descanso

**Instrucciones al familiar que vende servicios (vendedor):** Tiene que llenar y firmar este formulario para que se le reembolse el dinero que gastó al contratar servicios de descanso. Si contrató a un trabajador de servicios de descanso – y no a una agencia o institución – también tiene que pedir a cada trabajador de servicios de descanso que llene la *Certificación del trabajador de servicios de descanso* al otro lado de este formulario.

Usted y el trabajador de servicios de descanso tienen que llenar este formulario con información veraz y firmarlo. Después, entrégueselo al centro regional. *Use un formulario por cada consumidor.* Si tiene cualquier pregunta póngase en contacto con su centro regional.

– Escriba cuidadosamente en letra de molde con tinta azul o negra –

- ① Nombre del consumidor: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Apellido)
- ② Nombre del familiar que vende servicios: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Apellido)
- ③ Dirección del vendedor: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Código postal)
- ④ Teléfono del vendedor: ( ) \_\_\_\_\_
- ⑤ Número identificador exclusivo de cliente (UCI): \_\_\_\_\_
- ⑥ Número del vendedor: \_\_\_\_\_
- ⑦ **Por servicios prestados: (Mes) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_**

Fecha del servicio (MM / DD)	Dirección donde se prestaron los servicios de descanso (si fuera distinta de la que aparece en el número 3)	Nombre del trabajador, agencia o institución utilizada para servicios descanso	Empezó a las	Terminó a las	Cuántas horas trabajadas	Cuánto cobró (\$)
<b>Total de horas y monto cobrado</b>						

**– Certificación del trabajador de servicios de descanso –**

**Si usted es trabajador de servicios de descanso – no una agencia o institución – tiene que llenar lo siguiente y firmar a continuación.**

– Escriba cuidadosamente en letra de molde con tinta azul o negra –

Nombre del trabajador de servicios de descanso:

\_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Apellido)

Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social\*: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Certifico que presté servicios de descanso al consumidor que figura en este formulario en la dirección, fechas y horas indicadas. Entiendo que si doy información, sabiendo que es incorrecta, es posible que tenga que pagar una multa o ir a la cárcel.

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Firma del primer trabajador de servicios de descanso)

**Si usó a más de un trabajador de servicios de descanso, el segundo trabajador de descanso tiene que llenar lo siguiente y firmar a continuación:**

– Escriba cuidadosamente en letra de molde con tinta azul o negra –

Nombre del trabajador de servicios de descanso:

\_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Apellido)

Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social\*: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Certifico que presté servicios de descanso al consumidor que figura en este formulario en la dirección, fechas y horas indicadas. Entiendo que si doy información, sabiendo que es incorrecta, es posible que tenga que pagar una multa o ir a la cárcel.

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Firma del segundo trabajador de servicios de descanso)

\* Utilizaremos su número del Seguro Social para verificar sus declaraciones en este formulario y para confirmar cumplimiento con todas las leyes y reglamentos aplicables. Si no da esta información verazmente, no le pagarán ni le reembolsarán por estos servicios. Si no tiene un número de Seguro Social, escriba qué tipo de prueba de elegibilidad para empleo dio a su empleador.

**– Certificación del Familiar que vende servicios –**

① Mi familiar recibió todas las horas de servicio de descanso que se indican en este formulario. Entiendo que sólo puedo facturar los servicios de descanso que verdaderamente fueron prestados a mi familiar por un trabajador de servicios de descanso, agencia o institución. Yo no puedo proporcionar personalmente el servicio de descanso. El consumidor puede recibir el servicio en la casa de un familiar.

② Tengo que guardar copias impresas de todos los registros de servicios de descanso por 5 años. Los registros tienen que incluir lo siguiente:

- fechas de servicio
- dirección donde se prestaron los servicios
- nombre del trabajador de servicios de descanso, agencia o institución
- prueba de pago (como cheques cobrados, giros postales, cheques bancarios, datos o documentos de la nómina de pago o estados de cuenta del banco, etc.). Si presento recibos por pagos en dinero en efectivo, también tengo que dar datos o documentos de la nómina de pago o estados de cuentas del banco.

③ Si usé un trabajador de servicios de descanso – no una agencia o institución – también tengo que mantener un registro de la siguiente información para cada trabajador:

- fecha de nacimiento,                      • número de Seguro Social o una copia de la prueba
- dirección,                                      de elegibilidad para empleo que me dio mi
- número de teléfono, y                      trabajador.

④ Cualquier condado, estado o agencia federal puede efectuar una auditoría de mis registros, y acepto dar la información y registros enumerados anteriormente al auditor.

⑤ No elegí a mi trabajador de servicios de descanso basado en su raza, religión, color, origen étnico, sexo, edad, o discapacidad física o mental. El/los trabajador(es) de servicios de descanso que elegí tenía(n) por lo menos 18 años de edad. Comprobé que tenía(n) las destrezas, la capacitación o educación necesarias para poder prestar los servicios de descanso. También verifiqué que estaba(n) capacitados para ocuparse de cualquier respaldo o necesidad especial enumerada en el IPP o IFSP del consumidor.

⑥ El gobierno puede considerar que yo soy el empleador del trabajador de servicios de descanso. Es posible que sea responsable por la retención de impuestos federales, estatales y locales del sueldo del trabajador de servicios de descanso y por el pago y declaración de los impuestos de nómina y del monto del sueldo al IRS y al Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD). Es posible que también tenga que pagar el seguro de compensación del trabajador al trabajador que contrate. Si no sé cómo hacerlo, es mi responsabilidad ponerme en contacto con un consultor de impuestos, del IRS o EDD, o con un proveedor de compensación del trabajador para obtener más información. Declaro bajo pena de perjurio que la información que antecede y la información de la página 1 son veraces y correctas. También declaro que soy la única persona que empleó, supervisó y asignó tareas al los trabajador de servicios de descanso que enumeré en el formulario. He leído y cumplido con todos los requisitos del programa de servicios de descanso y los términos y condiciones que se enumeran en lo que antecede.

⑦ Toda la información de este formulario es correcta y completa. Entiendo que si doy información incorrecta es posible que tenga que pagar una multa o ir a la cárcel.

– Firme con tinta azul o negra –

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Firma del familiar que vende servicios)