



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 2015-August 2016

计划年度：2015 年 9 月至 2016 年 8 月

El Año del plan: septiembre 2015 hasta agosto 2016

PROOF OF PAYMENT FOR CARE OF ELDER OR DISABLED RELATIVES

提供为长者和残障亲属看护的付款证明

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

LOCAL 2 MEMBER: PLEASE COMPLETE

本地 2 号工会会员：请填写

MIEMBRO DEL LOCAL 2: FAVOR DE LLENAR

Name of Local 2 Member (Print)

2 号工会会员姓名（正楷）

Nombre del miembro del Local 2 (letra de molde)

Signature

签名

Firma

Date

日期

Fecha

CAREGIVERS: PLEASE COMPLETE

看护者：请由你填写

PERSONAS ENCARGADAS DEL CUIDADO: FAVOR DE LLENAR

Name of Paid Caregiver _____

看护者姓名

El nombre del cuidador a quien se le paga

Phone _____

电话

Teléfono

NUMBER of Hours You Are Paid For Each Month

每个月你获支付的时数

El NUMERO de horas que se le pagan cada mes

Name of Person You Care For _____

你的看护对象姓名

Nombre de la persona que usted cuida

Amount EACH MONTH You Are Paid by Local 2 Worker \$ _____

每个月 2 号工会会员所支付你的看护费用

La cantidad que se le paga CADA MES por el miembro del Local 2

Are you related to the Local 2 worker who pays you? ☐ yes ☐ no

你是否与支付你费用的 2 号工会会员有亲属关系？ 是 否

¿El miembro del Local 2 quien le paga es su familiar? sí no

If yes, how are you related? _____

你们的关系？

Si contesto sí, ¿cuál es la relación?

Provider Name (Print)

看护者姓名（正楷）

Nombre del prestador de servicio (letra de molde)

Provider Signature

看护者签名

Firma del prestador de servicio

Date

日期

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

Memo To: Caregivers of elderly or disabled relatives of Local 2 workers
From: Louise Rush, Director
Subject: Proof of Payment
Date: September 2015 through August 2016

The Child & Elder Care Plan helps hotel and restaurant workers in San Francisco pay a provider to care for their elderly or disabled relative so they can go to work. This is one of only a few plans in the U.S. that helps union members pay for family care services.

Our fiscal duty requires that Local 2 members give us proof that they are paying someone for caregiving services. We ask that you fill out the bottom half of the form on the back of this letter as proof that the Local 2 member, who is your client, pays you monthly to care for their elderly relative.

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

Louise Rush, Director

Memorándum para: Las personas encargadas del cuidado de un familiar anciano de un trabajador del Local 2
De: Louise Rush, Directora
Tema: Comprobante del pago
Fecha: Septiembre 2015 hasta agosto 2016

El Plan del Cuidado de Niños y Ancianos ayuda a los trabajadores de hoteles y restaurantes en San Francisco, pagarle a un prestador de servicios para cuidar a sus familiares discapacitados o ancianos para que ellos puedan trabajar. Éste plan, es uno de solo pocos planes en los Estados Unidos que ayudan a los miembros del sindicato pagar por los servicios del cuidado familiar.

Nuestro deber fiscal requiere que los miembros del Local 2 nos entreguen pruebas de que le están pagando a una persona por prestar servicios de cuidado. Le pedimos que usted llene la parte inferior del formulario que se encuentra al reverso de esta carta, lo cual será el comprobante de lo que el miembro del Local 2, su cliente, le paga cada mes por cuidar a su familiar anciano.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con nosotros. Le agradecemos su cooperación.

Louise Rush, Directora

告示： 2 号工会工人的家人的看护者
发自： Louise Rush, 主任
标题： 付款证明
日期： 2015 年 9 月至 2016 年 8 月

儿童和长者看护计划帮助三藩市的酒店和餐馆工人支付看护者费用来照顾他们的老年或残障的家人，从而让这些工人可以参加工作。这是在美国众多帮助工会会员支付家庭看护服务多个计划中的其中一个。

我们的财政职责要求 2 号工会会员提供支付看护服务的证明。为此请你填写在该信件背面的表格下半部分，以此证明该 2 号工会会员，亦即是每月支付你来看护长者家人的客户。

如果你有任何问题，请与我们联系。

感谢你的合作，

Louise Rush, 主任