



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 2018-2019

Plan Year 2018-19

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 al cuidador de su familiar.

*The purpose of the Elder/Disabled Care benefit is to help Local 2 workers pay someone 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 family's caregivers.*

El plan de cuidado de niños y ancianos tiene procedimientos para asegurar que los cuidadores reciban el pago correcto. A continuación se encuentran algunos puntos importantes que requieren un acuerdo por parte de usted así como de su cuidador/a.

The Child & Elder Care Plan has procedures to ensure correct payment to caregivers. Below are some key points that require agreement from you and your caregiver.

Cuidador: lea y ponga sus iniciales

Caregivers – Please read and initial

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.

Recibo \$ 160 o más por mes por cuidar la persona a la cual se refiere al dorso de este documento.

_____ *I receive \$160 or more per month to care for the person referenced on the other side of this paper.*

Soy la persona que completó la sección de cuidador al dorso de este documento. _____

I am the person who completed the caregiver section on the other side of this paper.

Miembros del Local 2 – lea y ponga sus iniciales

Local 2 Members - Please read and initial

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 **person 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.



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 2018 hasta agosto 2019

Plan Year: September 2018 - August 2019

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

PROOF OF PAYMENT FOR CARE OF ELDER OR DISABLED RELATIVES

MIEMBRO DEL LOCAL 2: FAVOR DE LLENAR

LOCAL 2 MEMBER: PLEASE COMPLETE

Nombre del miembro del Local 2 (imprimir)

Name of Local 2 Member (Print)

Firma

Signature

Fecha

Date

*

*

*

PERSONAS ENCARGADAS DEL CUIDADO: FAVOR DE LLENAR

CAREGIVERS: PLEASE COMPLETE THE SECTION BELOW

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?

Are you related to the Local 2 worker who pays you?

sí _____

yes

no _____

no

Si contesto sí, ¿cuál es la relación? _____

If yes, how are you related?

Nombre del cuidador (imprimir)

Provider Name (Print)

Firma del cuidador

Provider Signature

Fecha

Date