



# 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 2018-2019*  
 Para: Padres y sus cuidadores *Parents and Their Caregivers*  
 De: Louise Rush, directora del plan *Louise Rush, Plan Director*  
 Tema: Los procedimientos del pago del beneficio del cuidado informal de niños *Informal Child Care Benefit Payment Procedures*

El propósito del beneficio para el cuidado informal de niños es para ayudarles a los miembros del Local 2 con el pago para un cuidador para su hijo/a. Este beneficio no puede ser usado como suplemento de su ingreso y debe ser pagado al cuidador de su familiar.

*The purpose of the Informal Child Care benefit is to help Local 2 workers pay someone to care for their children 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 child care responsibilities.*

Recibo \$ 100 o más por mes por cuidar al niño al cual se refiere al dorso de este documento. \_\_\_\_\_

*I receive \$100 or more per month to care for the child referenced on the other side of this paper.*

Soy la persona que completó la sección del cuidador al dorso de este documento. \_\_\_\_\_

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

## Padres del Local 2 – lea y ponga sus iniciales

*Local 2 Parents - 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 niño/a. \_\_\_\_\_

*I will notify the Plan office within 30 days if the person I pay to take care of my child changes*

Le pago a mi niñera \$ 100 o más por mes para cuidar a mi hijo/a. \_\_\_\_\_

*I pay my caregiver \$100 or more a month to care for my child.*



# 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 MENORES PROOF OF PAYMENT FOR CARE OF CHILDREN

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

\* \* \*

### CUIDADORES: POR FAVOR, COMPLETE LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN 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

El nombre del MENOR a quien usted cuida \_\_\_\_\_  
Name of CHILD 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? sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
Are you related to the Local 2 worker who pays you?

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