

Solicitud de Exclusión de Impuestos Federales sobre la Renta por Dificultad de Atención

Nombre del participante:	Identificación del participante:
Nombre del trabajador de cuidados directos:	Identificación del trabajador de cuidados directos:

Sección A: Solicitud de exención del impuesto sobre la renta federal por dificultad de cuidados
<p>Ciertos pagos recibidos por un empleado por proporcionar servicios de médica en su hogar consideran pagos con dificultad de cuidados que pueden ser exentados del impuesto Federal sobre la renta. Para determinar si usted es elegible para la exención de ingresos, complete los siguientes pasos. Si usted es elegible, la Oficina de Vida en el Largo Plazo por conducto de su contratista Public Partnerships no reportará a los pagos como ingreso y no se retendrán impuestos federales sobre la renta.</p> <p>PASO 1: Revisar la información concerniente a la dificultad de exención del impuesto sobre la renta federal por dificultad de cuidados. La información está disponible en el sitio web de Public Partnerships: http://www.publicpartnerships.com.</p> <p>PASO 2: Marque todo lo que corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ofrezco servicios al participante en mi casa. <input type="checkbox"/> No tengo un hogar separado donde vivo. <input type="checkbox"/> Este es el hogar donde vivo y regularmente realizo las rutinas de mi vida privada, que incluyen comidas compartidas y vacaciones con la familia. <p>▪ <u>Solamente si todos los puntos anteriores son aplicables entonces usted es elegible para exención impuesto sobre la renta federal por dificultad de cuidado.</u></p> <p><i>Declaro bajo pena de perjurio que soy un TCD que recibe pagos en virtud de un programa estatal de Medicaid un programa de servicios comunitarios. Vivo en el hogar con el participante (a quien presto servicios) que figura en la parte superior de este formulario.</i></p> <p>Firma del trabajador de cuidados directos: _____ Fecha: _____</p>

Sección B: Terminación de exención del impuesto sobre la renta federal por dificultad de cuidados
<p><i>Declaro bajo pena de perjurio que ya no vivo con el participante a quien proporcione los servicios y quien recibe pagos conforme a un programa de Servicios Comunitarios y Residenciales de Medicaid.</i></p> <p>Firma del trabajador de cuidados directos: _____ Fecha en que ya no califico: _____</p>