



# Reembolso de relevo Vale Formulario

Envíe el formulario de respiro a su ejecutivo de cuenta con fechas específicas. e  
Incluya el número de horas y la cantidad que pago

**Las solicitudes deben ser presentadas a más tardar 60 días después de los servicios de relevo se produjo.**

**PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_  
(Sólo 1 de los consumidores por la forma) Primera Última

**CÓDIGO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
Número y calle  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zip

**TELÉFONO #:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**MES / AÑO:** \_\_\_\_\_

| DÍAS DEL MES                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| <b>HORAS DE DESCANSO RECIBIDAS</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>USO DE LA OFICINA</b>           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**Nota:** Rembolsos para servicios de alivio pagados a un proveedor por usted están sujetos a impuestos. Bajo los empleados domésticos Sección 3121 (x) del Código de Rentas Internas, el Seguro Social y Medicare de salarios para los empleados del hogar es de \$ 1,700 para 2010. Esto significa que si usted paga un salario a empleados del hogar en efectivo de menos de \$ 1.700 en 2010, no tiene que declarar y pagar la seguridad social y al Medicare en el 2010 los salarios de ese empleado. Para obtener más información, vea Seguridad Social y los salarios de Medicare en la Publicación 926, Tax casa del empleador Guía. <http://www.irs.gov/publications/p926/index.html>

Gateways Community Services no ofrece asesoramiento fiscal o la orientación, cada persona debe consultar con su profesional de impuestos propios de asesoramiento con respecto a su situación.

Horas: \_\_\_\_\_

Tasa: \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

**PADRE O TUTOR FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**\*\* Al firmar este formulario, usted está indicando que ya han pagado por los servicios prestados.\*\***

*VOLVER A: Gateways Community Services, 144 Canal Street, Nashua, NH 03064 Attn: Respite  
Teléfono: (603) 882-6333 Fax: (603) 889-5460*

**\*\*\*\* Por favor, envíe comprobantes de relevo el reembolso por el día 10 de cada mes siguiente al mes de relevo fue proporcionada. \*\*\*\***

Gateways Community Services revisa el uso de unidades de cada trimestre y se reserva el derecho de cambiar su asignación durante el año dependiendo del uso, la financiación, la disponibilidad de los proveedores y las circunstancias familiares.