



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION
PO Box 45600 • Olympia WA 98504-5600

通知函：致雇用个人服务提供者的服务对象
Notice to Clients Who Employ An Individual Provider

| | | |
|---------|-------------------------|------------------------|
| 个案当事人姓名 | 个案当事人资格审定自动系统(ACES)识别号码 | 耆英与残障人士服务管理处(ADSA)识别号码 |
|---------|-------------------------|------------------------|

如果您的收费个人服务提供者符合以下条件，则可宽免社会安全保险税及 Medicare 联邦医疗保险方案税：

- 此人是您的配偶，若相关服务属于家务辅助服务计划之特许服务；
- 家长；或者
- 年龄为 18、19 或 20 岁的成年子女。

如果上述任何一项适用您的情况，请填妥以下内容并签署此文件。 请将您填妥的表格送交

- 。
- 配偶
 - 家长
 - 年龄为 18、19 或 20 岁的成年子女。

| | |
|---------|---------|
| 服务提供者姓名 | 服务提供者号码 |
| 服务提供者姓名 | 服务提供者号码 |
| 个案当事人签名 | 日期 |

