

社會安全

18歲或18歲以上，不是僱主 / 接受服務者的父母之個人服務提供者可享有社會安全福利。倘若你成為完全殘障或退休，並且你符合某些資格規定的話，你可享有福利。社會安全 (FICA) 的稅會從你的薪水中扣取。此項福利包括每個月給你或你眷屬的退休金或殘障金。你應當跟你當地的社會安全局聯絡獲取資訊和 / 或申請社會安全。該辦公室的電話號碼和地址列在電話簿的白頁內，標題為 "United State Government, Social Security Administration" (聯邦政府，社會安全局)

聯邦醫療保險稅

醫療保險 (MediCare) 是保健和醫療福利，屬於整套社會安全福利的一部分。過去醫療保險是包含在社會安全 (FICA) 稅中扣除。聯邦法律現在規定這些稅和所扣除之金額須分項列表。有關醫療保險稅的問題應該向社會安全局提出。

州政府殘障保險(SDI)

如果你變成殘障因而不能正常工作，並且你符合某些資格規定的話，你可享有州政府殘障保險的福利。你的薪水會有一項 SDI 的扣除。州政府殘障保險福利最多只能領取 52 週。請聯絡你當地的就業發展局 (EDD) 以取得資訊和 / 或申請州政府殘障保險金。這個辦公室的地址和電話號碼列於電

話號碼簿白頁 "California State of, Employment Development Department" (加州州政府，就業發展局) 項目下。假如你是你所服務人士的父母，配偶或子女，你可以經由申請選保州殘障保險以參加 SDI 計畫。請向郡社會服務工作人員索取選保 SDI 保險申請表。假如你要此項可選擇的保險，保險費用將從你薪水扣除。所有其他個人服務提供者假如他們 IHSS 一季收入超過 \$750 的話，他們自動享有 SDI 保險。

失業保險 (UI)

假如你身體健全能工作，也不是僱主 / 接受服務者的父母或配偶，且符合某些資格規定，若你失業的話，你可領取失業保險 (UI) 福利。UI 不從你的薪水扣除。失業保險的福利最長可領取 26 週。請聯絡你當地的加州就業發展局以取得有關資訊和 / 或申請失業保險金。該辦公室的地址和電話號碼列於電話號碼簿白頁 "California State of, Employment Development Department" (加州州政府，就業發展局) 項目下。

勞工賠償

假如你工作時受傷或由於工作之故生病，並且你符合某些資格規定，你可領取勞工賠償福利。勞工賠償不從你的薪水支票扣除。如果你工作時受傷你應當立即就醫，然後通知你僱主 / 接受服務者的郡社會服務工作人員。郡社會服務員有申報勞工賠償的申訴表格，填妥後交回給郡福利部門。關於勞工賠償更多資訊請跟資訊協助專員聯絡，電話號碼是：1-800-736-7401。

預扣所得稅

如果你申請並且你符合某些資格規定的話，你可以讓州和聯邦的所得稅從你薪水中扣除。個人服務提供者所得稅扣除純屬自願。假如你願意讓州和聯邦所得稅從你薪水中扣除你可以填預扣所得稅表 (W-4)，將表格寄給你的郡福利辦公室。如果你不讓州和聯邦所得稅從你薪水中扣除，到年底時你還是需要申報所得稅，並且還可能需要付所得稅。如果你需要額外的 W-4 表格或須要更改扣除額，或須要決定你扣除的狀況，你應當跟你的僱主 / 接受你服務者的郡社會工作人員聯絡。

關於州所得稅預扣的資訊，你應當跟你當地的加州稅務局聯絡。該局辦公室的電話號碼和地址列於電話白頁 "California, State of, Franchise Tax Board" (加州，州，稅務局) 項下。關於聯邦所得稅預扣的資訊，你應當聯絡你當地的國稅局 (IRS)。該局辦公室的電話號碼和地址列於電話白頁 "United States Government, Internal Revenue Service" (聯邦政府，國稅局) 項下。

工作所得寬減額 (EIC)

你可能符合申報工作所得稅寬減額 (EIC) 的條件。請仔細閱讀填報 W-5 (作工所得收入寬減額預付證明)，看你是否符合條件。假如你符合申報 EIC 條件，你可以選擇在領薪資時預先使用你的寬減額，而不是等到申報所得稅時才用。關於 EIC 的資訊，你應當聯絡你當地的國稅局辦公室或你的稅務顧問。

歡迎你加入 家中協助服務 (IHSS) 個人服務提供者的工作

這份通知簡短地描述你可能可以獲得的福利以及你繳交收入所得稅的責任。請仔細閱讀這張單子。此外，請記住，你的僱主是領取IHSS福利領取人，而不是加州政府也不是郡福利部門 (CWD)。加州政府代你的僱主印發這張單子，並代發你的薪資支票，所有的行政手續是由CWD處理。

什麼時候你有任何關於你的薪資支票或工作時數單的問題請和CWD聯絡。在付薪期終結時 (不是在付薪期還未結束前)，請總是在工作時數單上簽署姓名和日期，還要請你的僱主簽名及日期，然後將工作時數單郵寄至在工作時數單右下角的CWD地址以避免耽延收到薪資。請記住：你的地址或電話號碼有任何改變，請務必通知CWD。

我的郡服務工作人員是：

姓名 _____

地址 _____

電話號碼: _____

郡 _____

有關IHSS的資訊
請洽詢
你當地的郡福利辦公室



STATE OF CALIFORNIA
加利福尼亞州

HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
健康人文服務部

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
社會服務處

家中 協助 服務

個人 服務提供者 福利 及 服務 資訊



CDSS

CALIFORNIA
DEPARTMENT OF
SOCIAL SERVICES
加州社會服務處