

# IHSS/CMIPS ELECTIVE STATE DISABILITY INSURANCE (SDI) FORM

## IHSS/CMIPS 選擇性州立傷殘保險 (SDI) 表格

該表格用於選擇性州立傷殘保險（《失業保險法》第 702.5 款），並且僅針對身為家庭成員的服務提供者，他們從加州審計長辦公室處領取工資。**符合條件的家庭成員包括：服務接受者的配偶、父母或未滿 18 周歲的子女（包括領養的子女，但不包括繼子女或養子女）。**該傷殘保險不具有強制性，但是一旦選擇投保，即視為接受者及其家庭成員提供人同意從家庭成員提供人的工資中扣除州立傷殘保險的保費。除非服務接受者/ 雇主和服務提供者/ 雇員均自願讓提供人的服務受到《失業保險法》第 702.5 款中規定的傷殘保險的保障，否則請勿填寫本表格。

### 須由服務接受者/雇主填寫并簽名

接受者姓名		社會保障號		電話號碼 ( )
街道地址	城市	州	郵編	

本人保證，據我所知，該申請表所述內容均真實無誤，並在下方簽字為憑。我依照《失業保險法》的規定，僅出於傷殘保險的目的，於此選擇并申請將免稅家庭服務視為雇用關係。**該選擇性協議的有效期不少於兩個完整的日曆年，或直至提供人的服務被終止。**在選擇性保障生效后的兩個日曆年後，可以在每年的 1 月 31 日之前通過提交終止申請而終止本選擇性協議。

接受者/ 雇主簽名	日期
-----------	----

### 須由服務提供者/家庭成員填寫并簽名

服務提供者姓名				社會保障號		<b>僅供縣級部門填寫</b>	
街道地址		城市	州	郵編	接受者個案編號		
電話號碼 ( )	與接受者的關係 (若是子女，請圈選) 親生子女    領養子女    (繼子女或養子女不具備資格)			出生日期		備註	
1. 雇用關係是否將持續存在，不會出現間斷或受到季節性影響？ .....				<input type="checkbox"/>	是	<input type="checkbox"/>	否
2. 您能否作為服務提供者為 IHSS 執行常規和慣常的服務？ .....				<input type="checkbox"/>	能	<input type="checkbox"/>	不能
<b>選擇性州立傷殘保險的保費將從您的下一張支付憑證中開始扣除。</b>							
我選擇接受州立傷殘保險的保障，并同意從我的工資中扣除該保險的保費。							
服務提供者簽名				日期			

注意：若您的申請獲得批准，選擇性保障協議必須符合《失業保險法》第 631、702.5、704 和 707 款中規定的要求和條件。

**《失業保險法》中規定的傷殘保險生效后，您並不會立刻獲得索賠的資格。通常情況下，至少要在保險生效的 7 個月后才能提出有效的索賠，決定等待期限的唯一標準是您的應報稅工資。**

另請注意：家庭服務無需遵守個人所得稅代扣的規定。不過，若服務的接受者和提供人均自願同意，則可以代扣所得稅。

工資與保費——第 702.5 款：“家庭雇用”選擇性保險的保費標準取決於受保障的家庭成員因提供服務而賺取的實際工資。若實際工資超出當年每位家庭成員的最高工資限額，則以最高限額為準。該部份中不存在允許以實際工資之外的其他標準計算保費的條款。支付的傷殘賠償金額同樣取決於工資水平。

社會保障號的披露：1976 年的《聯邦稅制改革法案》（Federal Tax Reform Act）強制要求披露您的社會保障帳號。該號碼將用於身份識別的目的，根據加州《失業保險法》第 322 和 1095 款的規定，該號碼只會向就業發展部及其他政府部門中獲得授權的人員披露。

### 選擇性州立傷殘保險的終止

只有接受者/ 雇主有權申請終止其服務提供人的選擇性州立傷殘保險。

只有在選擇性州立傷殘保險生效兩年後的一月份，或雇用關係終止以後，才可以終止該保險。

我申請終止我的服務提供人的選擇性州立傷殘保險。

服務接受者簽名	日期
---------	----