



Aviso de Certificación para Aviso 2014-7 y Aviso 2015-15

Proveedor de Cuidados: _____

Receptor de Cuidados: _____

Nombre de Agencia: _____

Dirección: _____

Numero de Teléfono: _____

Fuente de financiación del destinatario del servicio: Servicios de cuidado de personas, incluidas exenciones: FFS, CADI, EW, AC

El 3 de Enero de 2014, el IRS emitió 2014-7 anunciando que los pagos de servicios basados en el hogar y la comunidad de Medicaid recibidos por los trabajadores que viven en el mismo hogar que los participantes ahora se consideran pagos de dificultad de cuidado (DOC) según la sección 131 del Código de Rentas Internas. Cualquier pago de DOC es excluible del ingreso federal y, por lo tanto, no debe retenerse el impuesto federal sobre el ingreso. El Departamento de Ingresos de Minnesota ha anunciado que trataran estos pagos de manera similar.

Para determinar si la situación del proveedor de atención cumple con el requisito básico de elegibilidad, responda las siguientes preguntas:

1. ¿La agencia reconoce que el proveedor de atención (mencionado anteriormente) reside permanentemente a tiempo completo con el destinatario de la atención (mencionado anteriormente) en el mismo hogar? **Si** o **No** (circule uno)
2. ¿Es la fuente de financiación de los pagos de un programa patrocinado por Medicaid? **Si** o **No** (circule uno)

Si respondió que “**Si**” a ambas preguntas, el pago de salarios del proveedor de atención medica que recibió de su agencia puede calificar como pagos DOC, no esté sujeto al impuesto sobre la renta federal y estatal.

Firma (Representante de la agencia)

Fecha

Declaración de Elegibilidad

Bajo pena de perjurio declaro que soy un proveedor de atención individual que recibe pagos en virtud de un programa estatal de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad de Medicaid por la atención que proporciono a _____ bajo el plan de atención del beneficiario.

Signed: _____ Date: _____



418 County Rd D E, St Paul, MN 55117
Off (651)403-6034 Fax (651)340-7958 www.lifohhc.com

Certification Notice for Notice 2014-7 and Notice 2015-15

Care Provider: _____

Care Recipient: _____

Home Care Agency Name: _____

Address: _____

Phone number: _____

Service Recipient's Funding Source: Person Care Services including Waivers: FFS, CADI, EW, AC

On January 3, 2014, the IRS issued 2014-7 announcing that Medicaid Home & Community-Based Service payments received by Workers who live in the same home as the participants are now considered the difficulty of care (DOC) payments under section 131 of the Internal Revenue Code. Any DOC payments are excludable from federal gross income and therefore should not have federal income tax withheld. The Minnesota Department of Revenue has announced that they will treat these payments similarly.

To determine if the care provider situation satisfies the basic eligibility requirement, please answer the following questions:

1. You the agency acknowledges that the care provider (named above) permanently resides full time with the care recipient (named above) in the same household? **Yes** or **No** (circle one)
2. Is the funding source of payments from a Medicaid sponsored program? **Yes** or **No** (circle one)

If you answered yes to both questions, the care provider's wages payment that he/she received from your agency may qualify as DOC payments, there is not subject to Federal and State income tax.

Signature (Home Care Agency Rep)

Date

Declaration of Eligibility

Under penalties of perjury, I declare that I am an individual care provider receiving payments under a state Medicaid Home and Community-Based Services waiver program for care I provide to _____ under the care recipient's plan of care.

Signed: _____ Date: _____