

**SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) / SERVICIOS DE EMPLEO DE
CUIDADOS PERSONALES DE EXENCIÓN (WPCS) / FORMULARIO DE SOLICITUD
DE VERIFICACIÓN DEL SALARIO (WPCS)**

SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

| | | |
|--|----------------------------------|---------------|
| NOMBRE DEL PROVEEDOR (APELLIDO, PRIMER NOMBRE) | | |
| DIRECCIÓN POSTAL DEL PROVEEDOR | | |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| NÚMERO DEL PROVEEDOR | ÚLTIMOS CUATRO (4) DE SSN | |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR | |

SECCIÓN II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| | | |
|--|----------------------|---------------|
| NOMBRE DE LA PERSONA, AGENCIA O EMPRESA QUE SOLICITA LA VERIFICACIÓN | | |
| DIRECCIÓN | | |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| NÚMERO DE FAX (si corresponde) | FAX A LA ATENCIÓN DE | |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | |

**SECCIÓN III. INFORMACIÓN SOLICITADA (ELIJA UNA O AMBAS DE LAS
SIGUIENTES OPCIONES)**

- Verificación de empleo Verificación de salarios

SECCIÓN IV. OPCIONES DE ENTREGA (ELIJA UNA DE LAS SIGUIENTES)

Verificación de correo a: Yo mismo (Proveedor) Negocio de la Agencia
enumerado anteriormente Verificación de fax a: Fax empresarial
enumerado anteriormente Verificación de correo electrónico a: Correo
electrónico del proveedor enumerado anteriormente Correo electrónico
comercial enumerado anteriormente

SECCIÓN V. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

En cumplimiento con el Código de Gobierno 6253.2 y el Código Civil 1798 et seq, por la presente doy mi consentimiento y autorizo a la Oficina de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) de mi condado local a divulgar mi información de empleo/salario a la persona, agencia o empresa nombrada en la Sección II, o a mí mismo. Entiendo que el IHSS se basará en esta autorización para proporcionar una verificación de empleo y salario que, de acuerdo con el Código Civil 1798.24, vencerá después de 30 días. Entiendo que el IHSS no es el empleador registrado para los proveedores de IHSS o WPCS, y no puede proporcionar información sobre el desempeño laboral, las condiciones médicas o los saldos de licencias. Entiendo y estoy de acuerdo en que esta divulgación de información contendrá todo mi historial de empleo/salario y los términos de este acuerdo son contractuales y han sido leídos y comprendidos completamente por el abajo firmante. Además, este consentimiento se registrará por las leyes del Estado de California.

Reconozco que al proporcionar mi firma electrónica para este formulario, acepto que mi firma electrónica es el equivalente legal vinculante a mi firma manuscrita. Por la presente, confirmo que mi firma electrónica representa mi ejecución de autenticación de este formulario y mi intención de estar sujeto por él.

| | |
|---------------------|-------|
| FIRMA DEL PROVEEDOR | FECHA |
|---------------------|-------|