

برنامه خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS) / خدمات صرفنظر از مراقبت شخصی (WPCS) / فرم درخواست
تأییدیه اشتغال/حقوق

بخش I. اطلاعات ارائه‌کننده

نام ارائه‌کننده (نام‌خانوادگی، نام)		
آدرس پستی ارائه‌کننده		
شهر	ایالت	کد پستی
چهار (4) شماره آخر SSN		شماره ارائه‌کننده
آدرس پست الکترونیکی		شماره تلفن ارائه‌کننده

بخش II. اطلاعات درخواست‌کننده

نام فرد، مؤسسه، یا شرکت درخواست‌کننده تأییدیه		
آدرس		
شهر	ایالت	کد پستی
شماره فکس (در صورت موضوعیت)		نمبر قابل توجه
آدرس پست الکترونیکی		

بخش III. اطلاعات درخواست‌شده (از گزینه‌های زیر یک یا هر دو را انتخاب کنید)

 تأییدیه حقوق

 تأییدیه اشتغال

بخش IV. نحوه ارسال (یک گزینه را انتخاب کنید)

- تائیدیه را پست کنید: به خودم (ارائه‌کننده) به مؤسسه شرکت ذکر شده در بالا
- تائیدیه را فکس کنید: به فکس شرکت ذکر شده در بالا
- تائیدیه را ایمیل کنید: به ایمیل ارائه‌کننده ذکر شده در بالا به ایمیل شرکت ذکر شده در بالا

بخش V. مجوز انتشار اطلاعات

در پیروی از قانون 6253.2 دولتی و قانون 1798 et seq مدنی، بدینوسیله به دفتر خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS) شهرستان محلی رضایت و اجازه می‌دهم تا اطلاعات اشتغال/حقوق مرا در اختیار فرد، مؤسسه یا شرکت ذکر شده در بخش II یا خودم بگذارند. من متوجه هستم که IHSS به این مجوز برای ارائه تائیدیه اشتغال و حقوق که، طبق قانون 1798.24 مدنی، پس از 30 روز منقضی خواهد شد، اتکا خواهد کرد. من متوجه هستم که IHSS کارفرمای سابق ارائه‌کنندگان IHSS یا WPCS نیست و نمی‌تواند اطلاعات مربوط به کارایی اشتغال، وضعیت سلامتی، یا مانده مرخصی‌ها را ارائه دهد. من متوجه هستم و موافقم که این انتشار اطلاعات کل سوابق اشتغال/حقوق مرا شامل خواهد شد و همچنین شرایط این توافق‌نامه قراردادی بوده و توسط امضا کننده زیر خوانده و کاملاً درک شده است. بعلاوه، این رضایت‌نامه باید توسط قوانین ایالت کالیفرنیا اداره شود

من تصدیق می‌کنم که با ارائه امضای الکترونیکی خود در این فرم، موافقم که امضای الکترونیکی من معادل الزام‌آور قانونی امضای دست‌نویس من می‌باشد. بدینوسیله من تائید می‌کنم که امضای الکترونیکی من نمایانگر اجرای سندیت این فرم و قصد من بر التزام به آن است.

امضای ارائه کننده	تاریخ
-------------------	-------