

가내 지원 서비스(IHSS) / 면제 개인 간호 서비스(WPCS) 고용 / 급여 확인 요청서

조항 I. 제공자 정보

제공자 이름(성, 이름)		
제공자 우편 주소		
시	주	우편번호
제공자 번호		마지막 SSN 네(4) 자릿수
이메일 주소		제공자 전화번호

조항 II. 신청자 정보

확인을 요청하는 개인, 기관 또는 사업체 이름		
주소		
시	주	우편번호
팩스 번호(해당되는 경우)	팩스 받으실 분 (Attn.):	
이메일 주소		

조항 III. 요청된 정보(다음 중 하나 또는 둘 다 선택)

 고용 확인 급여 확인

조항 IV. 전달 옵션 (다음 중 하나를 선택)

확인서를 우편으로 보낼 곳 : 본인(제공자) 위에 기재된 기관 사업체

확인서를 팩스로 보낼 곳 : 위에 기재된 사업체 팩스

확인서를 이메일로 보낼 곳 : 위에 기재된 제공자 이메일 위에 기재된 사업체 이메일

조항 V. 정보 공개 승인

정부법 6253.2 및 민법 1798 이하 참조에 따라, 본인은 이로써 본인 지역 카운티 가내 지원 서비스(IHSS) 사무소가 본인의 고용/임금 정보를 조항 II에 명시된 개인, 기관 또는 사업체 또는 본인에게 공개하는 데 동의하고 이를 승인합니다. 본인은 IHSS가 민법 1798.24에 따라 30일 후에 만료되는 고용 및 급여 확인을 제공하기 위해 이 승인에 따를 것임을 이해합니다. 본인은 IHSS가 IHSS 제공자나 WPCS 제공자에 대한 기록상 고용주가 아니며, 고용 성과, 건강 상태, 또는 남아있는 휴가에 관한 정보를 제공할 수 없음을 이해합니다. 본인은 이 정보 공개에 본인의 전체 고용/급여 내역이 포함되며 본 계약 조건이 계약상의 조건이며 아래 서명한 사람이 이를 읽고 완전히 이해했다는 것을 이해하고 동의합니다. 또한 이 동의는 캘리포니아 주법의 적용을 받습니다.

본인은 이 양식에 전자 서명을 제공함으로써 본인의 전자 서명이 본인의 자필 서명과 동등한 법적 구속력을 가진다는 것에 동의함을 인정합니다. 본인은 이로써 본인의 전자 서명이 이 양식에 대한 본인의 인증 실행과 이에 구속될 의사를 나타냄을 확인합니다.

제공자 서명	날짜
--------	----