

居家支援服務 (IHSS) / 豁免個人護理服務 (WPCS)
就業 / 工資證明文件要求表

第 I 部分：服務提供人員的資訊

服務提供人員姓名 (姓氏、名字)		
服務提供人員郵寄地址		
城市	州	郵政編碼
服務提供人員編號	SSN 的最後四 (4) 個數字	
電郵地址	服務提供人員電話號碼	

第 II 部分：提出要求者的資訊

要求證明文件的個人姓名、機構或商業名稱		
地址		
城市	州	郵政編碼
傳真號碼 (如適用)	傳真給	
電郵地址		

第 III 部分：要求提供的資訊 (請勾選以下其中一項或兩項)

- 就業證明文件 工資證明文件

第 IV 部分：取件方式 (請勾選以下其中一項)

請將證明文件郵寄至： 本人(服務提供人員) 上面列出的商業機構

傳真證明文件至： 上面列出的商業傳真

透過電郵發送證明文件至： 上面列出的服務提供人員電郵地址 上面列出的商業
電郵地址

第 V 部分：資訊發佈授權

根據《政府法典》第 6253.2 條和《民法典》第 1798 條及一系列條款，我特此同意並授權我所在縣的居家支援服務 (IHSS) 辦事處將我的就業/工資資訊發佈給我在第 II 部分中所提供的個人、機構或商業，或者我本人。我瞭解 IHSS 將根據此授權來提供就業和工資證明，根據《民法典》第 1798.24 條，此授權將在 30 天後失效。我瞭解 IHSS 並不是 IHSS 或 WPCS 服務提供人員的名義僱主，亦無法提供有關就業表現、醫療狀況或休假餘額的資訊。我瞭解並同意，本資訊發佈將包含我的所有就業/工資歷史，而本協議的條款具有合同效力，且已由下列簽署人閱讀並完全理解。此外，本同意書受加州法律管轄。

我確認，透過本表格所提供我的電子簽名，我同意我的電子簽名與我的手寫簽名具有同等的法律約束力。我特此確認，我的電子簽名代表我已簽署認證本表格，並表示我願意受其約束。

服務提供人員簽名	日期
----------	----