



SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS) VERIFICACIÓN DE EMPLEO (EV) INFORMACIÓN DE PROCESAMIENTO

Las solicitudes de Verificación de Empleo (EV) se procesan en un plazo de **cuatro a seis días laborales** a partir **de la fecha en que la solicitud fue recibida por la Autoridad Pública (PA)**. Permita de cuatro a seis días laborables antes de llamar al PA para comprobar el estado de su solicitud de EV. Si no ha recibido su respuesta EV antes del sexto día laboral, póngase en contacto con la PA al 1-866-985-6322 y seleccione la opción 2.

El Portal Electrónico de Servicios de Apoyo (ESP) de IHSS proporciona acceso para ver hasta seis meses de la información del sueldo previa. Para registrarse para usar el sitio de web de ESP, vaya a www.etimesheets.ihss.ca.gov para crear una cuenta

Nota: Solicitudes inmediatas y del mismo-día de EV no se pueden procesar. El PA no proporciona información verbal sobre EV a agencias externas a menos que se haya completado previamente un formulario EV.

Instrucciones para el personal: Entregue esta página al proveedor y retenga la segunda página.



784 E Hospitality Lane
San Bernardino, CA 92415-0034
Business: (909) 386-5014 • TTY: (909) 891-9135
Toll Free: (866) 985-6322 • Fax: (909) 927-4177
Email: IHSSProviderEV@hss.sbcounty.gov

**SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO DEL PROVEEDOR DE IHSS Y
AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE EMPLEO**

*El tiempo de procesamiento sera de 4 a 6 dias laborales
Debido a la confidencialidad, los nombres de los clientes no serán proporcionados.*

Por favor proporcione una copia de su identificación válida emitida por el gobierno al enviar este formulario.

¿Es esta Solicitud de Verificación de Empleo para el Departamento de Asistencia Transitoria? Sí No

1. Por favor proporcione la siguiente información sobre usted mismo.

Nombre: _____
Nombre Apellido

Proveedor Número de Seguro Social: _____ (Requerido)

Número de Teléfono (____) _____ (Requerido)

2. Por favor proporcione la información que desea incluir en su verificación de empleo.

Ingreso por el periodo de (Máximo 3 años) _____ hasta _____
Mes(es)/Año(s) Mes(es)/Año(s)

Carta indicando la(s) fecha(s) de inicio/fecha(s) de finalización

Otra (por favor especifique): _____

3. Devolver mi solicitud completa a través de (Seleccione una de las siguientes opciones):

Correo Electrónico: _____
Correo Electrónico

Correo
A la atención de: _____
Nombre Apellido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Yo, _____ por lo presente autorizo a la Autoridad Pública de IHSS del Condado de San Bernardino divulgar mi historial de empleo.

X _____
Firma

Fecha

ID checked and accepted by DAAS/PA staff:

Printed staff name