San Bernardino County
In-Home Supportive Services
Public Authority

600 North Arrowhead, Suite 100
San Bernardino, CA 92415-0034
Business (909) 386-5014 • TTY: (909)386-5080
Toll Free: (866) 985-6322 • Fax: (909) 386-3071

Fecha: _____ **Formulario de Petición para el Proveedor**

Yo, _____ Autorizo al Condado de San Bernardino IHSS-Autoridad Publica que verifique mi historia de ingresos. **X** _____

Firma (Requerida)

Numero de Seguro Social __ __ __-__ __ -__ __ __ __ **(Requerido)**

Numero de Telefono ( ) __ __ __-__ __ __ __ **(Requerido)**

Domicilio: _____(opcional)

Escriba una "X" para selecionar: (Requerido)

_____ Prueba de ingresos: Desde _____ Hasta_____

_____ Prueba de terminacion

_____ Fecha de comienzo

_____ Fecha de Final

_____ Otra: especifique_____

Regrese mi forma completa por: Marque la caja apropiada (Requerido)

☐ Recoger en al oficina de:_____ (Ciudad de la oficina)

☐ Fax ( ) __ __ __-__ __ __ __ ATT: _____

☐ Por Correo: Nombre de Compañia:_____
Domicilio:_____

Telefono: ( )__ __ __- __ __ __ __

Completed By: _____ Date:_____

☐ Checked CA ID
Initial: _____