



Condado de San Bernardino
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA ANCIANOS Y ADULTOS



**SOLICITUD PARA RECIBIR UNA COMPROBACIÓN
DE EMPLEO PARA PROVEEDORES DE IHSS**

ESTA ES LA ÚNICA SOLICITUD QUE ES AUTORIZADA PARA USO POR LOS PROVEEDORES PARA PEDIR VERIFICACIÓN DE EMPLEO.

Todas las solicitudes de verificación de empleo deben ir acompañadas por esta, u otra, autorización firmada. **NO TIENE LA OPCIÓN DE “RECOGER”** las verificaciones; solamente serán enviadas por correo o fax al partido que esta identificado en esta solicitud.

*****Todas las solicitudes serán procesadas dentro de 5 días hábiles de la fecha recibida.*****

La **ÚNICA** información de empleo del proveedor que se verificara será:

- Fecha que Comenzó el Trabajo
- Título de la Trabajo
- Salario por Hora
- Ingresos Brutos Totales de Este Año Actual Hasta la Fecha y del Año Anterior, y
- Fecha del Último Sueldo si Fue Despedido

Información que **NO SERÁ** proporcionada incluye lo siguiente:

- Cartas de despido de trabajo
- Número de horas trabajadas o asignadas
- Verificación de empleo de otro Condado, y
- Fechas adicionales u otra información.

Para información sobre cheques de pago, por favor póngase en contacto con el Servicio al Cliente de Cheque de Pago para Proveedores de IHSS al 1-800-722-4595 o ihsspaycheck@hss.sbcounty.gov. Si información adicional es necesaria, por favor comuníquese con la apropiada Unidad de Asistente de Oficina o Trabajador Social asignado al cliente por cual cuidado fue proporcionado.

El Departamento de Servicios para Ancianos y Adultos del Condado de San Bernardino no es el empleador de los Proveedores. Sin embargo, podemos proporcionar verificaciones que el Proveedor de Cuidado es y/o ha sido empleado por uno o varios clientes del programa. El nombre del cliente(s) es confidencial y no puede ser compartido por esta agencia.

Los pagos a los proveedores son hechos por la Oficina del Contralor del Estado, basados en el número de horas de servicio que a trabajado. La información proporcionada es basada en los datos disponibles. Proveedores de Cuidado no reciben pago mientras están enfermos, por día de fiesta, por horas extras o bonificaciones. La tarifa de pago es establecida por la Legislatura del Estado cada julio.

Por favor complete la Solicitud para Recibir una Comprobación de Empleo al revés de esta página.



Condado de San Bernardino
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA ANCIANOS Y ADULTOS



**SOLICITUD PARA RECIBIR UNA COMPROBACIÓN
DE EMPLEO PARA PROVEEDORES DE IHSS**

Fecha: _____

Yo _____ autorizo al Condado de San Bernardino, Departamento de Servicios para Ancianos y Adultos a compartir mi historial de empleo. Si la verificación solicitada se enviará al Proveedor de Cuidado que esta llenando esta solicitud, la dirección que aparece abajo debe coincidir con la dirección en el archivo.
Imprima su Nombre y Apellido

La siguiente información es requerida para procesar su solicitud.

Nombre del Individuo o Negocio: _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono del Negocio: _____

Número de la Fax: _____

Número de Seguro Social del Proveedor: _____

FIRMA DEL PROVEEDOR _____

ENVIÉ POR CORREO AL: Employment Verification
Department of Aging and Adult Services
686 East Mill Street
San Bernardino, CA 92415-0640

POR FAX: (909) 891-9077

VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Fecha que Comenzó: _____

Título de Trabajo: Proveedor de Cuidado de Hogar _____

Salario por Hora: \$9.25 _____

Bruto Total Hasta la Fecha de Este Año Actual: _____ **Hasta** _____

Bruto Total Para del Año Anterior: _____

Fecha del Último Sueldo si Fue Despedido: _____

Procesado Por: _____

Fecha: _____