



784 E. Hospitality Lane
San Bernardino, CA 92415-0034
Business: (909) 386-5014 • TTY: (909)891-9135
Toll Free: (866) 985-6322 • Fax: (909)891-9130

**PROVIDER EMPLOYMENT VERIFICATION REQUEST
AND AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION**

PROCESSING TIME WILL BE 4 TO 6 BUSINESS DAYS
Client names are not provided in employment verification due to confidentiality.

1. Please provide the following information about yourself.

Name: _____
First Name Last Name

Provider Social Security Number: _____ (Required)

Phone Number: (____) _____ (Required)

2. Please provide the information you want included on your employment verification.

Income printout (No more than 3 years) _____ thru _____
Month/Year Month/Year

Letter indicating start date(s)/end date(s)

Other (please specify): _____

3. Return my completed request via:

Fax (____) _____ Attn: _____
First Name Last Name

Mail

Attention: _____
First Name Last Name

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

I, _____ hereby authorize San Bernardino County, Public Authority,
In-Home Supportive Services (IHSS) to release my employment history.

X _____
Signature Date

ID checked and accepted by DAAS/PA staff:

Printed staff name



784 E Hospitality Lane
San Bernardino, CA 92415-0034
Business: (909) 386-5014 • TTY: (909)891-9135
Toll Free: (866) 985-6322 • Fax: (909)891-9130

**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.

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

Fax (____) _____ A/A: _____
Nombre Apellido

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