



**PUBLIC AUTHORITY**  
**IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES**  
SAN DIEGO COUNTY

**Request for Verification of Employment**  
**Verificación de Empleo**

Allow 72hrs for all verifications to be completed. A new request will have to be submitted for any duplicate verification.

El proceso de verificación es de 72 horas, Será necesaria una nueva solicitud para cualquier duplicado.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Nombre**

**Year(s) Requesting:** \_\_\_\_\_  
**Año(s) Requeridos**

**SSN:** \_\_\_\_\_  
**Numero de Seguro Social**

How do you want to receive the verification of employment?  
¿Cómo desea recibir su verificación de empleo?

Pick Up / Recoger en esta oficina

Mail / Enviar por correo

**Address:** \_\_\_\_\_  
**Direcció**  
\_\_\_\_\_

Standard Form / Usar nuestra Forma

**or / o**

Providing Form / Usando su Forma

**Consumer(s):** \_\_\_\_\_  
**Cliente (s)**

**Additional Info:** \_\_\_\_\_  
**Información Adicional**  
\_\_\_\_\_

\* I authorize the County of San Diego IHSS Public Authority to issue a verification of my employment, and certify that the information that I have provided on this form is true, accurate, and complete.

\* Yo autorizo al Condado de San Diego IHSS Public Authority a expedir una verificación de mi empleo, y hago constar que la información proporcionada en esta forma es verídica, correcta y completa.

**Signature:** \_\_\_\_\_  
**Firma**

**Date:** \_\_\_\_\_  
**Fecha**

-----  
**\* Office Use Only**

Initials \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**QUALITY SERVICE = QUALITY CARE**

780 BAY BOULEVARD, SUITE 200, CHULA VISTA, CA 91910  
PHONE: 866.351.7722  
WEBSITE: WWW.SDIHSSPA.COM