

Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____
Nombre del Trabajador: _____
Identificación del Trabajador: _____
Teléfono del Trabajador: _____
Numero de Id del Cliente: _____

Reporte para el Mes de _____ 20

Para asegurarnos que le proporcionamos transporte y otros servicios, es necesario que anote su asistencia mensual en cada una de las actividades del programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo. En las casillas que aparecen a continuación, reporte sus actividades del programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo anotados a continuación para el mes de _____ Año _____. Por favor, entregue este formulario a su proveedor de servicio que está anotado para que pueda verificar sus horas. Devuelva este formulario a su trabajador de Servicios de GAIN/REP Trabajador del Caso (GSW/RCM). En o antes de **el día 10 en el mes siguiente**. El no proporcionar este formulario antes de la fecha de vencimiento podría afectar su elegibilidad para recibir transporte y otros servicios. Si usted tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su GSW/RCM.

GSW/RCM Name: _____ Worker ID: _____ GSW/RCM Phone: _____ Fax: _____

Por favor, anote las horas de asistencia y ausencias justificadas. Si estuvo ausente, por favor escriba la razón de la ausencia y adjunte la verificación.

Activity:	Scheduled Hours:															
Provider #1:																
Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Hours																
Day	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total
Hours																

* Colleges verify enrollment only

Provider #1 Stamp:

Contact Name: _____ Title: _____
Phone: _____ Signature: _____ Date: _____

One Stamp
per Provider

☐ Aún necesito ☐ transporte ☐ cuidado infantil y/u ☐ otros servicios
☐ Estoy solicitando empezar a recibir ☐ transporte ☐ cuidado infantil y/u ☐ otros servicios

Reporte de Ausencia

Fecha(s)	Horas Ausente	Razón(es) por la cual usted no asistió	County use only: Number of hours GSW validates and lists source

Activity:	Scheduled Hours:															
Provider #2:																
Day	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Hours																
Day	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total
Hours																

* Colleges verify enrollment only

Provider #2 Stamp:

Contact Name: _____ Title: _____
Phone: _____ Signature: _____ Date: _____

One Stamp
per Provider

☐ Aún necesito ☐ transporte ☐ cuidado infantil y/u ☐ otros servicios
☐ Estoy solicitando empezar a recibir ☐ transporte ☐ cuidado infantil y/u ☐ otros servicios

Reporte de Ausencia

Fecha(s)	Horas Ausente	Razón(es) por la cual usted no asistió	County use only: Number of hours GSW validates and lists source

Yo certifico que la información anotada arriba es verdadera y correcta. Además, autorizo a que se dé la información a las agencias del DPSS/Estado/Federal para propósitos de auditoría y verificación de información.

Firma del participante: _____ Fecha: _____