

Reporte Mensual de Asistencia de CalWORKs

Mes/Año: _____

Por favor complete la información siguiente. **Adjunte pruebas** de asistencia y participación en actividades, tal como calificaciones, reporte de horas trabajadas, talones de cheques, etc antes de la fecha 5 del mes. Cuando no manda las verificaciones sus beneficios podran ser reducidos o parados.

Nombre del participante: _____ Caso #: _____

Trabajador(a) /#: _____ Periodo para esta actividad aprobada: _____

Fecha	Dia de la semana	Actividad Aprobada	Hora de Entrada	Hora de Salida	Total de Horas	Comentarios
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

Ocupación: _____ Total de Horas Participadas: _____

Yo declaro bajo la penalidad del perjurio que la anterior declaración es verdadera y exacta. Yo entiendo que información incorrecta resultara en un sobre-pago de servicios ancilares y/o apoyo que yo tendre que reembolsar.

Firma del Participante / Fecha

Nombre / Numero del Trabajador(a)

Proveedor/Representate Autorizado Firma y Fecha

Numero de Telefono del Proveedor/Representante

Forma de Reclamo para Transportación

Mes/Año: _____

Nombre: _____

SSN: _____

Dirección: _____

Empleado Asistiendo a la Escuela

Otra Actividad aprobada de WTW

Teléfono: _____

Teléfono alterno: _____

Por favor complete la información siguiente. **Adjunte pruebas** de asistencia y participación en actividades, tal como calificaciones, reporte de horas trabajadas, talones de cheques, etc antes de la fecha 5 del mes. Si no manda las verificaciones sus beneficios podran ser reducidos o parados.

Fecha	Dia de Semana	Total de Millas	Transp Pública	Costo de Millage	Propósito de Viaje	Cantidad Aut.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
Totales						

Si usa transportación pública favor de indicar el tipo: (bus, Bart link, etc.) _____

*Yo solicito pago o reembolso para transportación y cerifico que si estoy reclamando un reembolso de millaje tengo licencia de conducir valida y aseguranza de auto * como requerido por la ley del estado. Yo declaro bajo pena de perjurio que la anterior declaración es verdadera y correcta, y que información incorrecta resultara en un sobre-pago que yo tendre que reembolsar.*

Firma: _____

Fecha: _____

Trabajador(a): _____

Fecha: _____

***Consulte con su Trabajador(a) acerca de ayuda con el pago inicial en aseguranza de auto de responsabilidad mínima.**