دائرة الخدمات الاجتماعية العامة

مقاطعة لوس أنجلوس

تقرير عن شهر _____ 20

نموذج تقرير الحضور الشهري

عنوان المشارك

عنوان مكتب GAIN/REP	
اسم المشارك:	
رقم الحالة:	رقم الحالة:

من أجل التأكد من أننا نقدم لك النقل وغيرها من الخدمات، نحن بحاجة إلى تسجيل حضورك الشهري في كل أنشطة الرعاية الاجتماعية للعمل التي تشارك فيها. في المربعات أدناه، أخبرنا عن أنشطة الرعاية الاجتماعية للعمل الخاصة بك والواردة أدناه لشهر _____ سنة _____ ويرجى إعطاء هذا النموذج لمزود الخدمة الخاص بك المدرج حتى يتمكن من التحقق من ساعاتك. أعد هذا النموذج لموظف خدمات GAIN / مدير حالتك في REP (GSW / RCM) قبل تاريخ _____. إن عدم تقديم هذا النموذج في الموعد المحدد يؤثر على أهليتك للحصول على النقل وغيرها من الخدمات. إذا كان لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال على GSW/RCM.

اسم GSW/RCM	رقم الملف:	هاتف GSW/RCM: فاكس:

يرجى تسجيل ساعات الحضور والغياب بعذر. في حالة الغياب يرجى كتابة سبب الغياب وإرفاق الدليل.

النشاط: الساعات المقررة:

مقدم الخدمة رقم 1:

اليوم	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
الساعات																
اليوم	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	المجموع
الساعات																

* الكليات تتحقق من الالتحاق فقط

ختم مقدم الخدمة رقم 1

ختم واحد لكل مزود خدمة

الاسم:_____ الوظيفة:_____

الهاتف: التوقيع:_____ التاريخ:

☐ مازلت بحاجة إلى ☐ النقل ☐ رعاية الأطفال و/ أو ☐ خدمات أخرى _____

☐ أطلب البدء في تلقي ☐ النقل ☐ رعاية الأطفال و/أو ☐ خدمات أخرى

الإبلاغ عن غياب

التواريخ	ساعات الغياب	سبب (أسباب عدم الحضور)	لاستخدام المقاطعة فقط: عدد ساعات GSW التي تؤكد وتذكر المصدر

النشاط: الساعات المقررة:

مقدم الخدمة رقم 2:

اليوم	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
الساعات																
اليوم	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	المجموع
الساعات																

* الكليات تتحقق من الالتحاق فقط

ختم مقدم الخدمة رقم 1

ختم واحد لكل مزود خدمة

الاسم:_____ الوظيفة:_____

الهاتف: التوقيع:_____ التاريخ:

☐ مازلت بحاجة إلى ☐ النقل ☐ رعاية الأطفال و/ أو ☐ خدمات أخرى

☐ أطلب البدء في تلقي ☐ النقل ☐ رعاية الأطفال و/أو ☐ خدمات أخرى

الإبلاغ عن غياب

التواريخ	ساعات الغياب	سبب (أسباب عدم الحضور)	لاستخدام المقاطعة فقط: عدد ساعات GSW التي تؤكد وتذكر المصدر

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة. بالإضافة إلى ذلك، أفوض التصريح عن المعلومات إلى DPSS / الولاية / الوكالات الاتحادية لأغراض المراجعة والرصد والتحقق من المعلومات.

توقيع المشارك:_____ التاريخ:_____

GN6365(07/14)تمت مراجعته

يُطلب إعداد هذا التقرير شهرياً للتحقق من مشاركتك

مثال وتعليمات

النشاط: التدريب المهني (برنامج مكتبي) **الساعات المقررة: 30**

مقدم الخدمة: كلية فالي

أ

اليوم	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
الساعات	H	6			6	6		6	6			6	6	6	6	8
اليوم	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	المجموع
الساعات			H	6	6	6	8			8	6	6	6	6		122

ب

*** الكليات تتحقق من الالتحاق فقط** **ختم مقدم الخدمة**

ختم واحد لكل مزود خدمة

الاسم: جاني دوي **الوظيفة:** منسق CalWORKs

الهاتف: (888) 891-8923 **التوقيع:** جاني دوي **التاريخ:** 01.31.09

ج

☐ مازلت بحاجة إلى ☐ النقل ☐ رعاية الأطفال و/ أو ☐ خدمات أخرى

☐ أطلب البدء في تلقي ☐ النقل ☐ رعاية الأطفال و/أو ☐ خدمات أخرى

الإبلاغ عن غياب

د

التواريخ	ساعات الغياب	سبب (أسباب عدم الحضور)	لاستخدام المقاطعة فقط: عدد ساعات GSW التي تؤكد وتذكر المصدر
1.7.09	**6**	**طفلي كان مريضاً**	
1.1.09 و 1.19.09	**12**	**عطلة مدرسية**	

تعليمات - المشارك

القسم أ	الساعات المبلغة	اكتب الساعات الفعلية التي حضرتها في نشاط التعليم/ التدريب الخاص بك كل يوم في شكل ساعة ودقيقة. على سبيل المثال: اكتب 1:30 للإشارة إلى 1 ساعة و 30 دقيقة. *لا تكتب* 1.5 للإشارة إلى 1 ساعة و 30 دقيقة.
	وقت الدراسة	• افصل وقت دراستك عن وقت صفك. • إذا كان يتم الإشراف على وقت الدراسة، أرفق دليلاً لوقت الدراسة تحت الإشراف. • قم بعمل نسخ من هذا النموذج إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية.
القسم ج	النقل/ رعاية الأطفال	اطلب أي خدمة تحتاج إليها
القسم د	الغياب المبلغ	• اكتب التاريخ (التواريخ) والسبب (الأسباب) التي أدت إلى عدم حضورك في الموعد المحدد. • ارفق دليل كتابي للغياب. ملاحظة: الدليل قد يكون تقرير طبيب، تقرير مقدم الخدمة أو ملاحظة شخصية موقعة منك توضح سبب الغياب. أنواع الغياب بعذر: الغياب الموافق عليه من قبل مقدم نشاطك؛ العطل التي يُطبقها مديرو المدارس / مقدمو الخدمات؛ مواعيد طبية لك أو لأطفالك. موعد مع موظفي خدمات GAIn أو خدمات الأهلية. عدم وجود مشكلات متعلقة برعاية الطفل أو النقل؛ المواعيد المدرسية؛ مقابلات العمل. المرض بالنسبة لك أو لأطفالك. مشكلات الأسرة مثل حالة وفاة، والعنف المنزلي، الخ
التحقق من المعلومات		بمجرد أن تملأ تماما ساعات مشاركتك: 1. قم بالتوقيع وتأريخ النموذج. 2. ارسل النموذج إلى مكتب CalWORKs في مقدم خدمات المدرسة أو التدريب للتوقيع عليها.
ماذا بعد؟		بمجرد أن يكمل مقدم الخدمة الأقسام (ب) و (ه)، إذا لم يقوموا بإرسال نموذجك بالفاكس إلى موظف خدمات GAIN (GSW)، قم بتسليم النموذج المكتمل إلى GSW في الموعد المحدد المشار إليه في الصفحة الأمامية من النموذج.

تعليمات – مقدم الخدمة:

القسم (ب) و (ه)	يرجى مراجعة النموذج مع المشارك وملء الأقسام (ب) و (ه). وبمجرد الانتهاء، يمكنك إرسال النموذج بالفاكس أو إعادته إلى المشارك. فقط هناك حاجة لختم واحد لكل مقدم خدمات.