COUNTY OF LOS ANGELES

DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

Monthly Attendance Report Form

گزارش برای ماه_____20___

Participant Address

آدرس ادارهٔ GAIN/REP	
نام شرکت کننده:	
شمارهٔ پرونده:	تاریخ:

به منظور مطمئن ساختن شما با ارائهٔ حمل و نقل و سایر خدمات، ما از شما نیاز داریم که حضور و غیاب ماهانه را در هر یک از از فعالیت های رفاه – به- کار خود ثبت کنید. در کادر های زیر دربارهٔ فعالیت های رفاه- به – کار خود برای ماه_____ سال_____ بگوئید. لطفاً این فرم را به فهرست زیر خدمات ارائه دهندهٔ خود بدهید بطوری که آنها بتوانند ساعات شما را تائید کنند. این فرم را به مددکار خدمات GAIN/REP مدیر پرونده (GSW/RCM) در یا قبل از _____ برگردانید. عدم ارائهٔ این فرم توسط موعد مقرر ممکن است در واجد شرایط بودن شما برای دریافت حمل و نقل و یا سایر خدمات تاثیر گذارد. اگر شما هر گونه سوالی دارید با GSW/RCM خود تماس بگیرید.

GSW/RCM Name:	File Number:	GSW/RCM Phone: Fax:

لطفاً ساعات حضور و غیاب و معافیت را ضبط کنید. اگر غیبت دارید لطفاً دلیل غیبت را بنویسد و شامل کنید.

Activity: Scheduled Hours:

ارائه دهندهٔ # 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:

One Stamp per Provider

Contact Name:_____Title: _____

Phone _____ Signature: _____ Date:_____

☐ من هنوز لازم دارم ☐ حمل و نقل ☐ مراقبت از کودک / یا ☐ خدمات دیگر

☐ من درخواست می کنم که شروع به دریافت کنم ☐ حمل ونقل ☐ مراقبت از کودک / یا ☐ خدمات دیگر

گزارش غیبت

County use only: Number of hours GSW validates and lists source	دلیل (ها) که شما حضور نداشتید	ساعات غیبت	تاریخ (ها)

Activity: Scheduled Hours:

ارائه دهندهٔ # 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:

One Stamp per Provider

Contact Name:_____Title: _____

Phone: _____ Signature _____ Date:_____

☐ من هنوز لازم دارم ☐ حمل و نقل ☐ مراقبت از کودک / یا ☐ خدمات دیگر

☐ من درخواست می کنم که شروع به دریافت کنم ☐ حمل و نقل ☐ مراقبت از کودک/ یا ☐ خدمات دیگر

گزارش غیبت

County use only: Number of hours GSW validates and lists source	دلیل (ها) که شما حضور نداشتید	ساعات غیبت	تاریخ (ها)

من بدین وسیله گواهی می دهم که اطلاعات ذکر شده در بالا صحیح و درست است. علاوه بر این، من با انتشار اطلاعات به DPSS سازمان/ایالت/ فدرال برای اهداف حسابریسی،نظارت و تائید اطلاعات اجازه می دهم.

امضای شرکت کننده:_____ تاریخ:_____

این فرم در هر ماه به منظور بررسی شرکت شما مورد نیاز است

به عنوان مثال و دستورالعملها

فعالیت: Vocational Training (Clerical Program) **Scheduled Hours: 30**

ارائه دهنده: Valley College

A

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

*** Colleges verify enrollment only** **Provider Stamp**:

B

Contact Name: Jane Doe **Title:** CalWORKs Coordinator

Phone: (888) 891-8923 **Signature**: *Jane Doe* **Date**: 1/31/09

One Stamp per Provider

E

C

☐ من هنوز لازم دارم ☐حمل و نقل ☐مراقبت از کودک/ یا ☐خدمات دیگر

☐ من درخواست می کنم که شروع به دریافت کنم ☐ حمل ونقل ☐ مراقبت از کودک/یا ☐ خدمات دیگر

گزارش غیبت

D

County use only: Number of hours GSW validates and lists source	دلیل (ها) که شما حضور نداشتید	ساعات غیبت	تاریخ (ها)
	کودک مریض بود	**6**	**1/7/09**
	تعطیلات مدرسه	**12**	**1/1/09 & 1/19/09**

دستور العملها - شرکت کننده

بخش A	ساعات گزارش	ساعات واقعی که شما هر روز برای تحصیلات/فعالیت های آموزشی خود در قالب ساعت و دقیقه حضور داشتید رابنویسید. برای مثال: :بنویسید 1:30 برای نشان دادن 1 ساعت و 30 دقیقه. ننویسد 1.5 برای نشان دادن 1 ساعت و 30 دقیقه.
	زمان مطالعه	• زمان مطالعهٔ خود را از زمان کلاس خود جدا کنید. • اگر زمان مطالعه تحت نظارت است، سپس تائید نظارت زمان مطالعه را ضمیمه کنید. • اگر فضای اضافی لازم دارید از این فرم کپی کنید.
بخش C	حمل ونقل/ مراقبت از کودک	هرگونه خدماتی را که لازم دارید درخواست کنید.
بخش D	گزارش غیبت (ها)	• تاریخ (ها) و دلیل (ها) ئی را که شما در زمان برنامه حضور نداشتید یادداشت کنید. • تائید غیبت ها را کتبی ضمیمه کنید. توجه: تائید می تواند یک بیانیهٔ، دکتر، بیانیه ای از ارائه دهنده و یا یک یاد داشت شخصی امضاء شده توسط شما توضیح داده شود. انواع غیبت موجه: غیبت تائید شده توسط ارائه دهندهٔ فعالیت های شما؛ تعطیلات مشاهده شده توسط مدیران مدارس/ارائه دهنده؛ قرار ملاقات پزشکی برای شما و یا فرزندان خود؛ ملاقات با مددکار واجد شرایط و یا مددکار خدمات GAIN خود؛ نداشتن مراقبت از کودکان یا حمل و نقل؛ قرار ملاقات مدرسه؛ مصاحبه برای کار؛ بیماری برای شما یا فرزندان خود؛مسائل خانواده مانند مرگ در خانواده؛ خشونت خانگی؛ و غیره.
تائید اطلاعات		هنگامی که شما بطور کامل ساعات حضور را پر کردید: 1. فرم را امضاء و تاریخ گزارید. 2. فرم را به ادارهٔ CalWORKs در مدرسهٔ یا آموزش دهندهٔ خود برای امضاء ارائه دهید.
گام بعدی چیست؟		هنگامی که ارائه دهنده بخش B و E را کامل کرد، و اگر فرم را به مددکار خدمات GAIN یا سرپرست (GSW) فکس نکردند فرم کامل شده را به (GSW)، خود در موعد مشخص شده در جلوی این فرم برگردانید.

INSTRUCTION – PROVIDER

Section B and E	Please review form with participant and complete sections B and E. Once completed, the form may be faxed or returned to the participant. Only **one** stamp per provider is needed.