COUNTY OF LOS ANGELES

DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

Monthly Attendance Report Form

報告月份 _____ 20___ 年

Participant Address

GAIN/REP 辦公室地址	
參與者姓名:	
個案號碼:	日期:

為了確保我們提供給你交通和其他的服務, 我們需要你記錄你每一個福利-到-工作活動的月份出勤表. 在以下的格子內, 請告訴我們下列有關你的福利-到-工作活動 _____ 月份_____ 年的記錄. 請將此表交給你所列出的服務提供者, 以便他們能夠確認你的時數. 在 _____ 或者之前, 將此表交回給你的 GAIN 服務工作人員/REP 個案經理 (GSW/RCM). 如果在截止日期之前沒有提供此表, 將會影響你領取交通和其他服務的資格. 如果你有任何疑問, 請洽詢你的 GSW/RCM.

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

請記錄出勤的時數和被獲准的缺席. 如果缺席, 請寫出缺席原因並且附上證明.

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:**

One Stamp per Provider

Contact Name:_____**Title:** _____

Phone:_____ **Signature:**_____ **Date:**_____

☐ 我仍然需要 ☐ 交通 ☐ 幼兒照顧和/或 ☐ 其他服務
☐ 我要求開始接受 ☐ 交通 ☐ 幼兒照顧和/或 ☐ 其他服務

缺席報告

日期	缺席時數	你沒有出席的原因	*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:

One Stamp per Provider

Contact Name:_____Title: _____

Phone: _____ Signature _____ Date:_____

☐ 我仍然需要 ☐ 交通 ☐ 幼兒照顧和/或 ☐ 其他服務
☐ 我要求開始接受 ☐ 交通 ☐ 幼兒照顧和/或 ☐ 其他服務

缺席報告

日期	缺席時數	你沒有出席的原因	*County use only: Number of hours GSW validates and lists source*

我在此確認, 上列的資料是真實的和正確的. 另外, 我授權可以將這些資料提供給 DPSS/州政府/聯邦政府的代理機構作為稽核 , 監督以及確認資料之用途.

參與人簽名:_____ 日期:_____

我們每個月要求此表, 以確認你的參與

舉例和說明

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

提供者: Valley College

A

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

☐ 我仍然需要 ☐ 交通 ☐ 幼兒照顧和/或 ☐ 其他服務

☐ 我要求開始接受 ☐ 交通 ☐ 幼兒照顧和/或 ☐ 其他服務

缺席報告

D

日期	缺席時數	你沒有出席的原因	*County use only: Number of hours GSW validates and lists*
1/7/09	**6**	**小孩生病**	
1/1/09 & 1/19/09	**12**	**學校放假**	

說明 – 參與人

A 部份	時數報告	以小時和分鐘的形式寫出你每天出席教育/訓練活動的確實時數. 舉例: 填寫 1:30 以表示 1 小時和 30 分鐘. *不要填寫* 1.5 以表示 1 小時和 30 分鐘 .
	學習時間	• 將你的學習時間與你的上課時間分開. • 如果學習時間要受到監督, 則附上核查學習時間的證明. • 如果需要更多的空間, 請複印此表格.
C 部份	交通/幼兒照顧	要求你所需要的任何服務.
D 部份	缺席報告	• 寫出你沒有出席預定時間的日期和原因. • 附上書寫的缺席證明. 注意: 證明可以包括醫生證明, 提供者聲明或者由你簽署姓名解釋缺席原因的個人短箋. 獲准缺席的種類: 由你活動提供者批准的缺席; 學校行政人員/提供者奉行的節日; 你或者你孩子的醫療約見; 與資格審核員或者 GAIN 服務工作人員的約見; 沒有幼兒照顧或者交通有困難; 學校約見; 工作面談; 你或者你的孩子生病; 家庭的問題, 例如家中有人去世, 家庭暴力, 等等.
資料證明		一旦你完整填妥了你的參與時數: 1. 在表格上簽署姓名和寫上日期. 2. 呈交表格給設在你學校的 CalWORKs 辦公室或者訓練提供者以獲得簽名.
下一步將如何?		一旦提供者填妥了 B 部份和 E 部份, 如果他們沒有將此表格傳真給你的 GAIN 服務工作人員 (GSW), 在表格前頁所指出的截止日期之前, 交回填寫完整的表格給你的 GSW.

INSTRUCTIONS – 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.