COUNTY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

Monthly Attendance Report Form 20___년 _____월 보고서

Participant Address

GAIN/REP 사무소 주소	
참여자 이름:	
케이스 번호:	날짜:

저희가 교통 및 다른 서비스를 제공하고 있는지 확실히 하기 위해 당신은 각 Welfare-to-Work 활동마다 월 출석을 기록해 주셔야 합니다. 아래의 네모 칸에, _____년 _____월에 대해 아래에 기재된 당신의 Welfare-to-Work 활동을 저희에게 말씀해 주십시오. 이 양식을 기재되어 있는 당신의 간병인에게주셔서그들이 당신의 시간을 확인할 수 있도록 하십시오. 이 양식을 GAIN 서비스 담당 워커/REP 케이스 매니저(GSW/RCM)에게 _____일까지 또는 그 이전까지 반송해 주십시오. 마감일까지 이 양식을 제출하지 못하면 교통 및 다른 서비스들을 받을 당신의 자격에 영향을 미칠수 있습니다. 의문이 있으시면, GSW/RCM 에게 연락하십시오.

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

출석한 시간과 양해를 얻은 결석을 기록하십시오. 결석한 경우에는 결석에 대한 이유를 적고 증명을 첨부하십시오.

Activity: Scheduled Hours:

Provider #1:

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

* Colleges verify enrollment only Provider #1 Stamp:

Contact Name:_____Title: _____

Phone: _____ Signature _____ Date: _____

☐ 본인은 여전히 다음 서비스가 필요합니다.☐교통 ☐아동 보육 및/또는 ☐ 기타 서비스
☐ 본인은 다음 서비스를 받기 시작하기 원합니다.☐교통☐ 아동 보육 및/또는 ☐기타 서비스

One Stamp per Provider

결석 보고

날짜(들)	결석한 시간	출석하지 않은 이유(들)	*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
Hour																
Day	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total
Hour																

* Colleges verify enrollment only Provider #2 Stamp:

Contact Name:_____Title: _____

Phone: _____ Signature _____ Date:_____

☐ 본인은 여전히 다음 서비스가 필요합니다. ☐ 교통 ☐아동 보육 및/또는 ☐ 기타 서비스
☐ 본인은 다음 서비스를 받기 시작하기 원합니다☐교통 ☐아동 보육 및/또는☐ 기타 서비스

One Stamp per Provider

결석 보고

날짜(들)	결석한 시간	출석하지 않은 이유(들)	*County use only: Number of hours GSW validates and lists source*

본인은 이로써 상기 정보가 사실이고 정확한 것임을 증명합니다. 아울러, 본인은 감사, 감시 및 정보 확인의 목적으로 DPSS/주/연방 기관에 정보의 양도를 승인합니다.

참여인 서명:_____ 날짜:_____

이 양식은 매달 당신의 참여를확인하기 위해 요청됩니다.

보기 및 지시 사항

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

제공자: **Valley College**

A

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

B

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

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

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

One Stamp per Provider

E

C

☐ 본인은 여전히 다음 서비스가 필요합니다.☐교통☐아동 보육 및/또는☐기타 서비스

☐ 본인은 다음 서비스를 받기 시작하기 원합니다☐교통☐아동 보육 및/또는☐기타 서비스

결석 보고

D

날짜(들)	결석한 시간	출석하지 않은 이유(들)	*County use only: Number of hours GSW validates and lists*
1/7/09	**6**	**자녀가 아팠음.**	
1/1/09 & 1/19/09	**12**	**학교 휴일**	

지시 사항– 참여인

A 란	시간 보고	매일 당신이 교육/훈련 활동에 출석했던 실제 시간을 시간과 분 형식으로 기입하십시오. 예: 1 시간 30 분을 표시하려면 1:30 으로 기입하십시오. 1 시간 30 분을 표시하기 위해 1.5 로 *기입하지 마십시오*.
	공부 시간	• 당신의 공부 시간과 수업 시간을 따로 분리하십시오. • 만일 공부 시간에 대한 감독을 받는다면, 감독받는 공부 시간에 대한 증명을 첨부하십시오. • 만일 추가 공간이 더 필요하다면 이양식을 복사하십시오.
C 란	교통/ 아동 보육	당신이 필요한 모든 서비스를 신청하십시오.
D 란	결석 보고(들)	• 예정된 날짜에 참석하지 않은 날짜(들)과 이유(들)을 기입하십시오. • 서면으로 된 결석 증명을 첨부하십시오. 주의: 증명에는 의사 진술서, 제공자 진술서 또는 당신이 서명한 결석 이유를 설명하는 개인 편지가 포함됩니다. 양해가 되는 결석: 당신의 활동 제공자가 승인한 결석, 학교 행정관/제공자가 준수하는 휴일; 당신 또는 당신 자녀의 의료 약속; 자격 심사 담당 워커 또는 GAIN 서비스 워커와의 약속; 아동 보육이 가능하지 않거나 교통 문제; 학교 약속; 직장 인터뷰; 당신 또는 당신의 자녀의 질병; 가족의 사망과 같은 가족 문제; 가족 폭력 등.
정보에 대한 증명		당신의 참여 시간을 전부 완료하게 되면: 1. 이 양식에 서명하고 날짜를 기입하십시오. 2. 이 양식을 당신의 학교에 있는 CalWORKs 사무소 또는 훈련 제공자에게 제출하여 서명을 받으십시오.
다음에 할 일은?		그 제공자가 B 와 E 란을 작성완료한 후 이 양식을 GAIN 서비스 담당 워커 (GSW)에게 팩스로 보내지 않는다면, 이 작성 완료된 양식을 이 양식 앞면에 표시된 마감일까지 당신의 GSW 에게 돌려 보내십시오.

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.