COUNTY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

Monthly Attendance Report Form

Phúc Trình cho Tháng ____ 20____

Participant Address

Địa Chỉ Văn Phòng GAIN/REP	
Tên của Tham Dự Viên:	
Số Hồ Sơ:	Ngày:

Nhằm bảo đảm việc cung cấp phương tiện chuyên chở và các dịch vụ khác cho quý vị, chúng tôi cần được quý vị ghi lại việc tham dự hằng tháng vào từng Hoạt Động Welfare-to-Work (Welfare-to-Work Activities) của quý vị. Trong những ô dưới đây, xin quý vị cho chúng tôi biết về các Hoạt Động Welfare-to-Work của quý vị được liệt kê bên dưới, cho tháng _____ Năm _____. Xin quý vị trao mẫu đơn này cho nơi cung cấp dịch vụ (service provider) của quý vị có liệt kê tên dưới đây, để nơi đó có thể chứng nhận về số giờ của quý vị. Sau đó, xin gửi trả mẫu đơn này về cho Cán Sự Dịch Vụ GAIN/Quản Lý Viên Hồ Sơ REP (GSW/RCM) của quý vị vào ngày hoặc trước ngày _____. Không nạp trả mẫu đơn này về trước ngày đáo hạn có thể sẽ ảnh hưởng tới tình trạng hội đủ điều kiện hưởng trợ cấp về chuyên chở và những dịch vụ khác của quý vị. Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc gì, xin liên lạc với GSW/RCM của quý vị.

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

Xin ghi ra số giờ tham dự và những buổi vắng mặt được chấp nhận. Nếu vắng mặt, xin quý vị viết ra cho biết lý do vắng mặt và đính kèm giấy chứng nhận.

Activity: Schedule 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	Tổng Số
Hours																

* Colleges verify enrollment only Provider #1:

Contact Name: _____ Title: _____

Phone: _____ Signature: _____ Date: _____

☐ Tôi vẫn còn cần ☐ được chuyên chở ☐ được gửi trẻ và/hoặc ☐ được sử dụng các dịch vụ khác

☐ Tôi yêu cầu bắt đầu ☐ được chuyên chở ☐ được gửi trẻ và/hoặc ☐ được sử dụng các dịch vụ khác

One Stamp per Provider

Báo Cáo Vắng Mặt

(Những) Ngày	Số Giờ Vắng Mặt	(Những) Lý Do Vắng Mặt	*County Use Only: Number of hours GSW validates and lists source*

Activity: Schedule 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	Tổng Số
Hours																

* Colleges verify enrollment only Provider #1:

Contact Name: _____ Title: _____

Phone: _____ Signature: _____ Date: _____

☐ Tôi vẫn còn cần ☐ được chuyên chở ☐ được gửi trẻ và/hoặc ☐ được sử dụng các dịch vụ khác

☐ Tôi yêu cầu bắt đầu ☐ được chuyên chở ☐ được gửi trẻ và/hoặc ☐ được sử dụng các dịch vụ khác

One Stamp per Provider

Báo Cáo Vắng Mặt

(Những) Ngày	Số Giờ Vắng Mặt	(Những) Lý Do Vắng Mặt	*County Use Only: Number of hours GSW validates and lists source*

Tôi xin cam kết nơi đây rằng những thông tin liệt kê ở trên là đúng sự thật và chính xác. Ngoài ra, tôi cho phép những thông tin này được phổ biến cho các cơ quan DPSS/Tiểu Bang/Liên Bang biết, nhằm những mục đích kiểm toán, theo dõi và kiểm tra thông tin.

Chữ Ký của Tham Dự Viên: _____ Ngày: _____

THEO QUY ĐỊNH, MẪU ĐƠN NÀY PHẢI ĐƯỢC NẠP TRẢ VỀ HẰNG THÁNG ĐỂ CHÚNG TÔI KIỂM TRA SỰ THAM DỰ CỦA QUÝ VỊ

Ví dụ và Hướng Dẫn

Hoạt Động: Vocational Training (Clerical Program) **Schedule Hours: 30**

Provider: Valley College

A

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

☐ **Tôi vẫn còn cần** ☐ **được chuyên chở** ☐ **được gửi trẻ và/hoặc** ☐ **được sử dụng các dịch vụ khác**

☐ **Tôi yêu cầu bắt đầu** ☐ **được chuyên chở** ☐ **được gửi trẻ và/hoặc** ☐ **được sử dụng các dịch vụ khác**

Báo Cáo Vắng Mặt

D

(Những) Ngày	Sô Giờ Vắng Mặt	(Những) Lý Do Quý Vị Đã Không Tham Dự
1/7/09	6	Con bị bệnh
1/1/09 & 1/19/09	12	Trường Học Đóng Cửa Do Nghỉ Lễ (H)

HƯỚNG DẪN – THAM DỰ VIÊN

Phần A	Báo Cáo Số Giờ	Xin ghi ra số giờ quý vị đã thực sự tham dự hoạt động giáo dục/huấn nghệ mỗi ngày, theo đúng khuôn mẫu về giờ và phút. Thí dụ: Xin viết là 1:30, để chỉ định 1 giờ và 30 phút. *Xin đừng viết là* 1.5, để chỉ định 1 giờ và 30 phút.
	Thời Gian Học Bài	• Xin ghi riêng rẽ thời gian học bài và thời gian dự lớp. • Nếu thời gian học bài có được giám sát, xin đính kèm tài liệu chứng nhận về thời gian học bài có giám sát. • Xin in thêm bản sao của đơn này nếu quý vị cần thêm chỗ viết.
Phần C	Chuyên Chở/Gửi Trẻ	Quý vị hãy yêu cầu được sử dụng những dịch vụ mà quý vị cần.
Phần D	Báo Cáo (Những) Lần Vắng Mặt	• Xin ghi ra (những) ngày và (những) lý do khiến quý vị đã không tham dự vào những hôm có nằm trong thời biểu tham dự. • Xin đính kèm chứng từ về các lần vắng mặt. Ghi Chú: Chứng từ có thể bao gồm giấy bác sĩ, giấy chứng nhận của nơi cung cấp hoạt động, hoặc một bản tường trình cá nhân do chính quý vị thảo ra và ký tên, để giải thích về sự vắng mặt. Những loại vắng mặt được chấp nhận: những lần vắng mặt được nơi cung cấp hoạt động của quý vị chấp thuận; Những Ngày Lễ mà nhà trường/nơi cung cấp hoạt động đóng cửa không làm việc; Những buổi hẹn khám bệnh của quý vị hoặc các con quý vị; Buổi hẹn với các Cán Sự Thẩm Định hoặc Cán Sự Dịch Vụ GAIN của quý vị; Không gửi được trẻ hoặc có vấn đề về chuyên chở; Những buổi hẹn với nhà trường; Những buổi phỏng vấn về việc làm; Quý vị hoặc các con bị bệnh; Các vấn đề thuộc gia đình, chẳng hạn như có người thân qua đời, bị bạo hành tại nhà, v.v…
Kiểm Soát Lại Các Thông Tin		Sau khi quý vị đã hoàn tất điền đầy đủ số giờ tham dự rồi, xin quý vị: 1. Ký tên và ghi ngày tháng vào mẫu đơn. 2. Nạp đơn cho Văn Phòng CalWORKs tại trường học hoặc nơi cung cấp hoạt động huấn nghiệp của quý vị, để xin họ ký nhận vào đơn.
Kế tiếp sẽ làm gì?		Sau khi nơi cung cấp hoạt động đã hoàn tất điền Phần B và Phần E rồi, nếu nơi đó không gửi đơn của quý vị bằng máy fax về cho Cán Sự Dịch Vụ GAIN (GSW) của quý vị, thì chính quý vị phải nạp trả mẫu đơn đã hoàn tất này về cho GSW của quý vị trước ngày đáo hạn, có ghi ở mặt trước của mẫu đơn này.

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.