COUNTY OF LOS ANGELES

DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

Monthly Attendance Report Form

Հաշվետվություն _____ 20___ Ամսվա Համար

Participant Address

GAIN/REP գրասենյակի հասցեն	
Մասնակցի անունը.	
Գործի համարը.	Ամսաթիվը.

Որպեսզի վստահ լինենք, որ մենք ձեզ կօգնենք փոխադրամիջոցի և ուրիշ ծառայությունների հարցերում, խնդրում ենք, որ դուք գրանցեք ձեր ամսական հաճախումները յուրաքանչյուր Վելֆերից Աշխատանքի Անցնելու գործունեությունում: Ստորև լրացրեք ձեր Վելֆերից Աշխատանքի Անցնելու գործունեությունը _____ թվականի _____ ամսվա համար: Ձեր ժամերը ճշտելու համար, խնդրում ենք այս հարցաթերթը հանձնեք ձեր ծառայություն մատուցողին: Վերադարձրեք այս հարցաթերթը ձեր GAIN ծառայությունների աշխատողին/REP գործի ղեկավարին (GSW/RCM) մինչև _____-ը: Եթե նշված ժամանակին չուղարկեք այս հարցաթերթը, դա կարող է ազդել ձեր փոխադրամիջոց կամ ուրիշ ծառայություններ ստանալու իրավասության վրա: Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք կապնվեք ձեր GSW/RCM աշխատողի հետ:

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

Խնդրում ենք արձանագրեք հաճախած ժամերը և ներված բացակայությունները: Եթե բացակա եք, խնդրում ենք գրեք բացակայելու պատճառը և կցեք ապացույց:

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	Ընդհանուր
Hours																

* Colleges verify enrollment only

Provider #1 Stamp:

One Stamp per Provider

Contact Name: _____ Title: _____

Phone: _____ Signature: _____ Date: _____

☐ Ես կարիք ունեմ ☐փոխադրամիջոց ☐երեխայի խնամք և/կամ ☐ ուրիշ ծառայություններ

☐ Ես խնդրում եմ, որպեսզի սկսեմ ստանալ ☐ փոխադրամիջ ☐ երեխայի խնամք և/կամ ☐ ուրիշ ծառայություններ

Բացակայություն ներկայացնելը

Ամսաթիվ(թվեր)	Բացակա ժամեր	Չհաճախելու պատճառը(ները)	*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: _____

☐ Ես կարիք ունեմ ☐փոխադրամիջոց ☐երեխայի խնամք և/կամ ☐ ուրիշ ծառայություններ

☐ Ես խնդրում եմ, որպեսզի սկսեմ ստանալ ☐ փոխադրամիջ ☐ երեխայի խնամք և/կամ ☐ ուրիշ ծառայություններ

Բացակայություն ներկայացնելը

Ամսաթիվ(թվեր)	Բացակա ժամեր	Չհաճախելու պատճառը(ները)	*County use only: Number of hours GSW validates and lists source*

Սույնով հավաստիացնում եմ, որ վերևում ներկայացված տեղեկությունը ճշմարիտ և ստույգ է: Հավելյալ, ես թույլատրում եմ տեղեկությունը բաց թողնել DPSS/Նահանգային/Ֆեդերալ գործակալություններին տեղեկությունը վերստուգելու, խորհուրդ տալու և հաստատելու նպատակով:

Մասնակցի ստորագրությունը._____ Ամսաթիվը._____

ՁԵՐ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ ՊԱՀԱՆՋՎՈՒՄ Է ԱՄԵՆ ԱՄԻՍ ԱՅՍ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԸ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ

Օրինակ և հրահանգներ

Գործունեություն. Vocational Training (Clerical Program) **Scheduled Hours: 30**

A

Մատակարարող. Valley College

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

☐ Ես կարիք ունեմ ☐ փոխադրամիջոց ☐ երեխայի խնամք և/կամ ☐ ուրիշ ծառայություններ

☐ Ես խնդրում եմ, որպեսզի սկսեմ ստանալ փոխադրամիջոց երեխայի խնամք և/կամ ☐ ուրիշ ծառայություններ

D

Բացակայություն ներկայացնելը

Ամսաթիվ(եր)	Բացակայության Ժամ(եր)	Չհաճախելու պատճառը(ները)
1/7/09	6	Երեխան հիվանդ էր
1/1/09 & 1/19/09	12	Դպրոցական արձակուրդներ

ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ - ՄԱՍՆԱԿԻՑ

Բաժին A	Հայտնած ժամեր	Գրեք իրական ժամերը, որ հաճախել եք ձեր ուսումնական/վերապատրաստման գործունեությանը ամեն օր ժամի և րոպեի ֆորմատով: Օրինակ. Գրեք 1:30 ցույց տալու համար 1 ժամ և 30 րոպե: *Մի գրեք* 1.5, որը նշանակում է 1 ժամ և 30 րոպե:
	Ուսումի ժամ	• Առանձնացրեք ձեր ուսման ժամերը ձեր դասի ժամերից: • Եթե ուսման ժամերը վերահսկվում են, ապա կցեք վերահսկված ուսման ժամերի ապացույց: • Պատճենահարեք այս հարցաթերթը, եթե լրացուցիչ տարածքի կարիք ունեք:
Բաժին C	Փոխադրամիջոց / Երեխայի խնամք	Պահանջեք ցանկացած ծառայություն, որի կարիքն ունեք:
Բաժին D	Հայտնել Բացակայությունը(ները)	• Գրեք ամսաթիվը(թվերը) և պատճառը(ները), որ դուք չեք հաճախել նշված օրը: • Կցեք գրավոր բացակայության ապացույց: Նշում. Ապացույցը կարող է ներառել բժշկի հայտարարություն, մատակարարողի հայտարարություն կամ անձնական ստորագրված երկտող բացակայության պատճառի բացատրությամբ: Բացակայությունը հարգելի համարող պատճառներ. բացակայություններ հաստատված ձեր գործունեության մատակարարողի կողմից, դպրոցի կառավարիչների/մատակարարողի կողմից պահպանված արձակուրդներ, բժշկական ժամադրություններ ձեր կամ ձեր երեխաների համար, ժամադրություն Իրավասության կամ GAIN ծառայությունների աշխատողի հետ, երեխայի խնամքի բացակայության կամ փոխադրամիջոցի խնդիրներ, դպրոցի ժամադրություններ, աշխատանքային հարցազրույցներ, ձեր կամ ձեր երեխաների հիվանդություններ, ընտանեկան խնդիրներ, ինչպես օրինակ մահ ընտանիքում, ընտանեկան բռնություն և այլն:
Տեղեկության ապացույց		Երբ ամբողջությամբ լրացնեք ձեր մասնակցության ժամերը. 1. Ստորագրեք և ամսաթիվ գրեք հարցաթերթի վրա: 2. Ներկայացրեք հարցաթերթը CalWORKs-ի գրասենյակ ձեր դպրոցում կամ վերապատրաստում մատակարարողին ստորագրության համար:
Ի՞նչ է հաջորդը:		Երբ մատակարարողը լրացնի B և E բաժինները, եթե նրանք ֆաքսով հարցաթերթը չուղարկեն ձեր GAIN ծառայությունների աշխատողին (GSW), վերադարձրեք լրացված հարցաթերթը ձեր GSW-ին մինչև հարցաթերթի առջևի մասում նշված ամսաթիվը:

ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ – ՄԱՏԱԿԱՐԱՐՈՂ

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.