COUNTY OF LOS ANGELES

DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

Monthly Attendance Report Form

Ulat para sa Buwan ng _____ 20____

Participant Address

Direksiyon ng Tanggapan ng GAIN/REP	
Pangalan ng Kalahok:	
Numero ng Kaso:	Petsa:

Upang matiyak na nabibigyan ka namin ng transportasyon at iba pang mga serbisyo, kailangan mong itala ang iyong buwanang pagdalo sa bawat isa sa iyong Mga Gawain sa Kagalingan-tungo sa-Trabaho. Sa mga kahon sa ibaba, sabihin sa amin ang tungkol sa iyong Mga Gawain sa Kagalingan-tungo sa-Trabaho na nakalista sa ibaba para sa buwan ng _____ sa Taong_____. Mangyaring ibigay ang pormularyong ito sa iyong tagabigay ng serbisyo na nakalista upang kanilang mapatunayan ang iyong mga oras. Ibalik ang pormularyong ito sa iyong Manggagawa sa Serbisyong GAIN/Tagapamahala ng Kaso sa REP (GSW/RCM) sa o bago sa _____. Ang pagkabigong magbigay ng pormularyong ito sa takdang petsa ay maaaring makaapekto sa iyong pagiging karapat-dapat upang makatanggap ng transportasyon at iba pang mga serbisyo. Kung mayroon kang anumang mga katanungan, mangyaring makipag-ugnay sa iyong GSW/RCM.

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

Mangyaring itala ang mga oras ng pagdalo at ang mga pinatawad na pagliban. Kung nakaliban mangyaring isulat ang dahilan para sa pagliban at maglakip ng patotoo.

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: _____

☐ Kailangan ko pa rin ng ☐ transportasyon ☐ pag-aalaga ng bata at/o ☐ iba pang mga serbisyo

☐ Hinihiling ko na magsimulang tumanggap ng ☐ transportasyon ☐ pag-aalaga ng bata at/o ☐ iba pang mga serbisyo

Pag-uulat ng Pagliban

(Mga) Petsa	Mga Oras na Liban	(Mga) Dahilan ng iyong Di-Pagdalo	*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: _____

☐ Kailangan ko pa rin ng ☐ transportasyon ☐ pag-aalaga ng bata at/o ☐ iba pang mga serbisyo

☐ Hinihiling ko na magsimulang tumanggap ng ☐ transportasyon ☐ pag-aalaga ng bata at/o ☐ iba pang mga serbisyo

Pag-uulat ng Pagliban

(Mga) Petsa	Mga Oras na Liban	(Mga) Dahilan ng iyong Di-Pagdalo	*County use only: Number of hours GSW validates and lists source*

Pinapatunayan ko na ang impormasyong nakalista sa itaas ay totoo at tama. Bilang karagdagan, pinapahintulutan ko ang paglalabas ng impormasyon sa mga ahensiya ng DPSS/Estado/Pederal para sa mga layunin ng pag-aawdit, pagmamanman at pagpapatunay ng impormasyon.

Lagda ng Kalahok:_____ Petsa:_____

ANG PORMULARYONG ITO AY KAILANGAN BAWAT BUWAN UPANG MAPATUNAYAN ANG IYONG PAKIKILAHOK

Halimbawa at Mga Tagubilin

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

Tagabigay: Valley College

A

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

☐ **Kailangan ko pa rin ng** ☐ **transportasyon** ☐ **pag-aalaga ng bata at/o** ☐ **iba pang mga serbisyo**

☐ **Hinihiling ko na magsimulang tumanggap ng** ☐ **transportasyon** ☐ **pag-aalaga ng bata at/o** ☐ **iba pang mga serbisyo**

Pag-uulat ng Pagliban

D

(Mga) Petsa	(Mga) Oras na Liban	(Mga) Dahilan ng iyong Di-Pagdalo	*County use only: Number of hours GSW validates and lists*
1/7/09	**6**	**Ang anak ay may sakit**	
1/1/09 & 1/19/09	**12**	**Bakasyon sa Paaralan**	

MGA TAGUBILIN - KALAHOK

Seksiyon A	Pag-uulat ng Oras	Isulat ang aktwal na oras na ikaw ay dumalo sa iyong mga gawaing pang-edukasyon/pagsasanay sa bawat araw sa kaayusan ng oras at minuto. Halimbawa: Isulat nang 1:30 upang ipahiwatig ang 1 oras at 30 minuto. *Huwag Isulat nang* 1.5 upang ipahiwatig ang 1 oras at 30 minuto.
	Oras ng Pag-aaral	• Ihiwalay ang oras ng iyong pag-aaral mula sa oras ng iyong klase. • Kung ang iyong panahon ng pag-aaral ay pinangangasiwaan, sa gayon maglakip ng patototo ng pinangasiwaang oras ng pag-aaaral. • Gumawa ng mga kopya ng pormularyong ito kung kailangan mo ng karagdagang espasyo.
Seksiyon C	Transportasyon / Pag-aalaga ng Bata	Humiling ng anumang mga serbisyo na kailangan mo.
Seksiyon D	Pag-uulat ng (mga) Pagliban	• Isulat ang (mga) petsa at (mga) dahilan na ikaw ay hindi nakadalo sa naitakdang petsa. • Maglakip ng nakasulat na patotoo ng mga pagliban. Tandaan: Ang patotoo ay maaaring kabilang ang pahayag ng isang manggagamot, isang pahayag ng tagabigay o isang personal na sulat na iyong nilagdaan na nagpapaliwanag ng dahilan para sa pagliban. Mga uri ng pinatawad na mga pagliban: mga pagliban na inaprubahan ng iyong tagabigay ng gawain; Mga bakasyong sinusunod ng mga tagapamahala ng paaralan/tagabigay; Mga tipanang Medikal para sa iyo at sa iyong mga anak; Pakikipagtipan sa Manggagawang Tagahirang o Manggagawa ng Serbisyong GAIN; Walang tagapangalaga ng bata o mga problema sa transportasyon; Mga pakikipagtipan sa Paaralan; Mga panayam sa Trabaho; Pagkakasakit mo o ng iyong mga anak; Mga isyu ng pamilya tulad ng kamatayan sa pamilya, karahasan sa tahanan, atbp.
Pagpapatunay ng Impormasyon		Sa sandaling makumpleto mo ang mga oras ng iyong pakikilahok: 1. Lagdaan at lagyan ng petsa ang pormularyo. 2. Isumite ang pormularyo sa Tanggapan ng CalWORKs sa iyong paaralan o sa iyong tagabigay ng pagsasanay para malagdaan.
Ano ang susunod?		Sa sandaling makumpleto ng tagabigay ang Seksiyon B at E, kung hindi nila naipadala sa pamamagitan ng fax ang pormularyo sa iyong Manggagawa sa Serbisyo ng GAIN (GSW), ibalik ang nakumpletong pormularyo sa iyong GSW sa nakasaad na petsang naitakda sa harapan ng pormularyo.

INSTRUCTIONS - PROVIDER

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