COUNTY OF LOS ANGELES

DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

Monthly Attendance Report Form

របាយការណ៍សំរាប់ខែ _____ 20 ___

Participant Address

អាសយដ្ឋានការិយាល័យ GAIN/REP	
ឈ្មោះអ្នកចូលរួម:	
លេខសំណុំរឿង:	ខែថ្ងៃឆ្នាំ:

ដើម្បីឱ្យបានប្រាកដថា យើងបានផ្តល់ដល់អ្នកនូវសេវាយានជំនិះ និងសេវាដទៃៗទៀតនោះ, យើងត្រូវការឱ្យអ្នកកត់ត្រាទុកនូវរបាយការណ៍ទៅចូលរួមប្រចាំខែក្នុងសកម្មភាពវ៉ែលហ្វែ-ទៅ-ធ្វើការនិមួយៗរបស់អ្នក ។ នៅក្នុងប្រអប់ខាងក្រោមនេះ សូមសរសេរប្រាប់យើងអំពីសកម្មភាពវ៉ែលហ្វែ-ទៅ-ធ្វើការរបស់អ្នកសំរាប់ខែ_____ ឆ្នាំ _____ ។ សូមយកសំណៅនេះទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកដែលមានចុះឈ្មោះនៅក្នុងទំព័រនេះដើម្បីឱ្យគេអាចបញ្ជាក់អំពីពេលម៉ោងចូលរួមរបស់អ្នក ។ សូមប្រគល់សំណៅនេះទៅឱ្យអ្នកកាន់សំណុំរឿង GAIN/អ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង REP (GSW/RCM) របស់អ្នកនៅថ្ងៃ ឬមុនថ្ងៃ _____។ ការខកខានមិនបានផ្តល់សំណៅនេះឱ្យគេ នៅថ្ងៃដែលបានកំណត់ ប្រហែលជាអាចប៉ះពាល់ដល់លក្ខណសម្បត្តិទទួលជំនួយរបស់អ្នកលើសេវាយានជំនះ និងសេវាដទៃទៀតបាន ។ បើសិនជាអ្នកមានសំណួរណាមួយ, សូមធ្វើការទាក់ទងជាមួយនឹង GSW/RCM របស់អ្នក។

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

សូមកត់ត្រានូវម៉ោងចូលរួម និងម៉ោងលើកលែងមិនបានទៅចូលរួម ។ បើសិនជាអ្នកមិនបានទៅចូលរួម សូមសរសេរនូវមូលហេតុ និង ភ្ជាប់នូវសេចក្តីបញ្ជាក់ផង ។

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_____

☐ ខ្ញុំនៅតែត្រូវការ ☐ សេវាយានជំនិះ ☐ សេវាការមើលថែទាំកូន និង/ឬ ☐ សេវាដទៃទៀត

☐ ខ្ញុំស្នើសុំដើម្បីចាប់ផ្តើមទទួល ☐ សេវាយានជំនិះ ☐ សេវាការមើលថែទាំកូន និង/ឬ ☐ សេវាដទៃទៀត

របាយការណ៍អំពីការមិនបានទៅចូលរួម

ខែថ្ងៃឆ្នាំ	ម៉ោងមិនបានទៅចូលរួម	មូលហេតុនៃការមិនបានទៅចូលរួម	*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:_____

☐ ខ្ញុំនៅតែត្រូវការ ☐ សេវាយានជំនិះ ☐ សេវាការមើលថែទាំកូន និង/ឬ ☐ សេវាដទៃទៀត

☐ ខ្ញុំស្នើសុំដើម្បីចាប់ផ្តើមទទួល ☐ សេវាយានជំនិះ ☐ សេវាការមើលថែទាំកូន និង/ឬ ☐ សេវាដទៃទៀត

របាយការណ៍អំពីការមិនបានទៅចូលរួម

ខែថ្ងៃឆ្នាំ	ម៉ោងមិនបានទៅចូលរួម	មូលហេតុនៃការមិនបានទៅចូលរួម	*County use only: Number of hours GSW validates and lists source*

ខ្ញុំ គាមរយ:នេះ សូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលមានចុះរាយនៅផ្នែកខាងលើនេះគឺ ពិត និងត្រឹមត្រូវ ។ ជាបន្ថែម ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ជូនព័ត៌មានទាំងនេះទៅក្រសួង DPSS/ទីភ្នាក់ងារក្រសួងរដ្ឋ/សហព័ន្ធ សំរាប់តែក្នុងគោលបំណងការត្រួតពិនិត្យបញ្ជីគណនី, ការត្រួតពិនិត្យសកម្មភាព និង ផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកចូលរួម:_____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ: _____

សំណៅនេះគឺតម្រូវឱ្យមានជារៀងរាល់ខែដើម្បីបញ្ជាក់ការទៅចូលរួមរបស់អ្នក

ការពន្យល់ និង ការណែនាំបង្ហាញ

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

អ្នកផ្តល់សេវា: Valley College

A

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

☐ **ខ្ញុំនៅតែត្រូវការ** ☐ **សេវាយានជំនិះ** ☐ **សេវាការមើលថែទាំកូន និង/ឬ** ☐ **សេវាដទៃទៀត**

☐ **ខ្ញុំស្នើសុំដើម្បីចាប់ផ្តើមទទួល** ☐ **សេវាយានជំនិះ** ☐ **សេវាការមើលថែទាំកូន និង/ឬ** ☐ **សេវាដទៃទៀត**

របាយការណ៍មិនបានទៅចូលរួម

D

ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ	ម៉ោងមិនបានទៅចូលរួម	មូលហេតុនៃការមិនបានទៅចូលរួម	*County use only: Number of hours GSW validates and lists*
1/7/09	**6**	**កូនមានជម្ងឺ**	
1/1/09 & 1/19/09	**12**	**សាលារៀនឈប់សំរាកថ្ងៃបុណ្យ**	

<u>សេចក្ដីណែនាំ – សំរាប់អ្នកចូលរួម</u>

ផ្នែក A	ចំនួនម៉ោងដែលរាយការណ៍	សូមកត់ត្រានូវចំនួនម៉ោងពិតប្រាកដែលអ្នកបានទៅចូលរួមក្នុងសកម្មភាពផ្នែកការសិក្សា/ការហ្វឹកហ្វឺនក្នុងមួយថ្ងៃជារបៀបខាងក្រោមដោយមាន ចំនួនម៉ោង និង នាទីផង។ ឧទាហរណ៍: សូមសរសេរ 1:30 ដើម្បីបញ្ជាក់ថា 1 ម៉ោង និង 30 នាទី។ *<u>សូមកុំ</u>សរសេរ* 1.5 ដើម្បីបញ្ជាក់ថា 1 ម៉ោង និង 30 នាទី។
	ចំនួនម៉ោងសិក្សា	• សូមបំបែកចំនួនម៉ោងសិក្សាពីម៉ោងថ្នាក់រៀនរបស់អ្នក។ • បើសិនជាចំនួនម៉ោងសិក្សាត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ, ដូច្នេះ សូមភ្ជាប់សំបុត្របញ្ជាក់អំពីចំនួនម៉ោងសិក្សាដែលបានត្រួតពិនិត្យនោះ។ • សូមចម្លងទំព័រនៃសំណៅនេះ បើសិនជាអ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែមទៀត។
ផ្នែក C	សេវាយានជំនិះ/សេវាការមើលថែទាំកូន	ស្នើសុំសេវាដទៃទៀតណាមួយដែលអ្នកត្រូវការ។
ផ្នែក D	របាយការណ៍អំពីការមិនបានទៅចូលរួម	• កត់ត្រាទុកនូវខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ និង មូលហេតុនៃការមិនបានទៅចូលរួមតាមគំរោងពេល។ • ដាក់ភ្ជាប់នូវ<u>សេចក្ដីបញ្ជាក់អំពីមូលហេតុនៃការមិនបានទៅចូលរួម</u>ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ សូមកត់ចំណាំ: សេចក្ដីបញ្ជាក់នៃការមិនបានទៅចូលរួមអាចជាសំបុត្របញ្ជាក់ពីវេជ្ជបណ្ឌិត, សំបុត្របញ្ជាក់ពីអ្នកផ្តល់សេវា ឬ ឬ សំបុត្របញ្ជាក់ផ្ទាល់ខ្លួន រៀបរាប់អំពីមូលហេតុនៃការមិនបានទៅចូលរួមដែលចុះហត្ថលេខាដោយរូបអ្នក។ <u>ប្រភេទនៃការមិនបានទៅចូលរួមដែលទទួលបានការលើកលែង</u>: ការមិនបានទៅចូលរួមដែលទទួលការយល់ព្រមដោយអ្នកផ្តល់សកម្មភាពដល់អ្នក; ថ្ងៃបុណ្យឈប់សំរាកដែលអបអរសាទរដោយអ្នកគ្រប់គ្រងសាលារៀន/អ្នកផ្តល់សេវា; មានការណាត់ជួបជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតសំរាប់រូបអ្នក ឬ កូនរបស់អ្នក; មានការណាត់ជួបជាមួយ អ្នកកាន់សំណុំរឿង ឬ អ្នកកាន់សំណុំរឿង GAIN របស់អ្នក; គ្មានអ្នកមើលថែទាំកូន ឬមានបញ្ហាយានជំនិះ; មានការណាត់ជួបនៅឯសាលារៀន; មានការណាត់ជួប សម្ភាសន៍ការងារ; អ្នកមានជម្ងឺឈឺថ្កាត់ ឬ កូនមានជម្ងឺឈឺថ្កាត់; មានបញ្ហាគ្រួសារដូចជាមានមនុស្សស្លាប់, អំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ។ល។
ការផ្ទៀងផ្ទាត់ព័ត៌មាន		នៅពេលដែលអ្នកសរសេរបំពេញចំនួនម៉ោងនៃការចូលរួមរបស់អ្នករួចហើយ: 1. សូមចុះហត្ថលេខា និង ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ នៅលើសំណៅនេះ។ 2. ប្រគល់សំណៅនេះទៅការិយាល័យនៃកម្មវិធី CalWORKs នៅសាលារៀន ឬ អ្នកផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលសំរាប់ឱ្យគេចុះហត្ថលេខា។
តើមានអ្វីនឹងកើតឡើងជាបន្ទាប់?		នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវា បំពេញផ្នែក B និង ផ្នែក E រួចហើយ, បើសិនជាគេមិនបញ្ជូនសំណៅនេះមកតាមហ្វាក់ទៅឱ្យអ្នកកាន់សំណុំរឿង GAIN (GSW) របស់អ្នកទេ, សូមយកសំណៅដែលបំពេញសព្វគ្រប់នេះប្រគល់ទៅឱ្យ GSW របស់អ្នក កុំឱ្យហួសថ្ងៃកំណត់ដែលបានបង្ហាញនៅផ្នែកខាងមុខនៃសំណៅនេះ។

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.