

SONOMAWORKS REGISTRO DE ASISTENCIA

NOMBRE DEL PARTICIPANTE						CASO #		MES/AÑO			INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
ACTIVIDAD #1															
						Empleador/Proveedor:					Firma del facilitador (si es necesaria)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total de horas
Uso del condado solamente:						<input type="checkbox"/> Hours Verified. Initials: _____ Total Hours: _____ Hours Entered By: _____					Transportation/JSS/CESP Mileage: _____				
Excused Hrs Counted: _____						Service Arrangement ID # _____									
ACTIVIDAD #2															
						Empleador/Proveedor:					Firma del facilitador (si es necesaria)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total de horas
Uso del condado solamente:						<input type="checkbox"/> Hours Verified. Initials: _____ Total Hours: _____ Hours Entered By: _____					Transportation/JSS/CESP Mileage: _____				
Excused Hrs Counted: _____						Service Arrangement ID # _____									
ACTIVIDAD #3															
						Empleador/Proveedor:					Firma del facilitador (si es necesaria)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total de horas
Uso del condado solamente:						<input type="checkbox"/> Hours Verified. Initials: _____ Total Hours: _____ Hours Entered By: _____					Transportation/JSS/CESP Mileage: _____				
Excused Hrs Counted: _____						Service Arrangement ID # _____									

Declaro que todas las horas reportadas son verdicas y correctas.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Razón por ausencia(s):

Ejemplo de Cómo Completar el Registro de Asistencia

Actividades que requieren la firma del facilitador:

Asesoramiento Programa de servicios para mejora comunitaria (CESP)
 Servicios de violencia domestica Programa de apoyo para la preparación laboral
 Estabilización familiar Servicios de busqueda de trabajo
 Servicios para problema de aprendizaje Orientacion/Evaluacion
 TWP - Preparacion de Empleo Servicios Legales
 CalWORKS Study busqueda de empleo

Actividades que no requieren la firma del facilitador:

Empleo
 Servicios de retencion de empleo
 Servicios de salud mental
 Servicios de abuso de sustancia (SUDS)
 Movilidad

Debe entregar la asistencia dentro de 5 días hábiles, ya que se termine el mes.

- 1) Complete el nombre, el número de caso, el mes y el año correspondiente a sus horas de actividad. Nombre y número del consejero (ETC)
- 2) Indique el nombre del empleador/proveedor junto al nombre de la actividad correspondiente
- 3) Las casillas numeradas corresponden a las fechas del mes; registre las horas de su actividad programada en la casilla correspondiente

15 minutos = .25 30 minutos = .50 45 minutos = .75 *Ejemplo: si asististe 1 hora y 15 minutos, escribe 1.25 horas*

ACTIVIDAD #1															
Programa de servicios para mejora comunitaria (CESP)					Employer/Provider: Goodwill					Facilitator Signature (if required) <i>John Doe</i>					
1	8	2	8	3	8	4	8	5		6		7		8	
9		10		11		12		13		14		15		16	
17		18		19		20		21		22		23		24	
25		26		27		28		29		30		31		Horas totales	

Asegúrese de firmar y fechar el registro de asistencia después de haber registrado todas sus horas. Las horas reportadas después de la fecha de firma o después de que entregue su registro no podrán ser aceptadas.

ETC - Por favor, rellene previamente los formularios con el nombre del cliente, el número de caso y la información del trabajador siempre que sea posible.

Opciones para enviar el formulario:

- 1) Entregar en persona a 2227 Capricorn Way, Suite 100, Santa Rosa, CA. Los Registros de Asistencia se pueden entregar en la recepción durante el horario Laboral o en el buzón frente del edificio en cualquier momento.
- 2) Visite y suba documentos a: benefitscal.org; es posible que necesite crear una cuenta en línea
- 3) Envíe por correo a: Sonoma County Human Services Department - Employment & Training Division, PO Box 1539, Santa Rosa, CA 95401