

VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA PARA (Mes/Año) _____
FECHA DE PLAZO el 5 del mes próximo

LADO I – CLIENTE COMPLETA ESTA SECCIÓN – POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE

1 Por favor complete el reverso de este formulario de Verificación de Asistencia con el total de horas de sus actividades de la Asistencia al Trabajo (WTW). Ud. tiene que firmar y fechar el LADO B al reverso de este formulario.

<p>2 NOMBRE DEL CLIENTE (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)</p> <p>Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</p>	<p>No. de caso:</p> <p>SSN:</p> <p>Nombre del caso:</p> <p>Nombre/No. del trabajador:</p> <p>Dirección del trabajador:</p> <p>No. telefónico del trabajador:</p>
---	--

3

- Usted tiene que participar en sus actividades asignadas de Asistencia al Trabajo (WTW) y/o trabajar.
- Desde su último reporte de Verificación de Asistencia ¿ha cambiado lo siguiente?
(Si la respuesta es sí, explique brevemente el cambio en la parte siguiente)

<input type="checkbox"/> Dirección	<input type="checkbox"/> Proveedor de Cuidado de Niños
<input type="checkbox"/> Número Telefónico	<input type="checkbox"/> Otros Cambios
<input type="checkbox"/> Empleo	

- **Para evitar demoras en el pago a su proveedor de cuidado usted tiene que entregar juntos el formulario de asistencia y la facturación de cuidado de niños.**

4

<input type="checkbox"/> Estoy incluyendo la Facturación de Cuidado de Niños (SCD 1755B) con la verificación de asistencia (SCD 1755A).

YO ENTIENDO QUE:

- Estoy certificando que trabajé y participé en mis actividades de WTW en los días y durante las horas anotadas al reverso de esta página.
- Si no envío los formularios de Verificación de Asistencia y Facturación de Cuidado de Niños completados, juntos y antes de la fecha de plazo mencionada anteriormente, mis servicios de apoyo tales como cuidado de niños, transporte, o trabajo/educación y pagos para entrenamiento podrían ser demorados, cambiados, negados o terminados y **mi asistencia monetaria podría ser reducida.**
- Tengo que reembolsar los pagos de cuidado de niños y transporte u otros pagos que no tenía derecho a recibir.
- La información en este formulario podría ser compartida con agencias estatales y locales, programas de recursos y referidos, programas de pagos alternativos (APP's) y agencias federales, incluyendo el Departamento de Rentas Internas (IRS) y el Departamento de Impuestos del Estado (FTB).
- Autorizo al condado a obtener las verificaciones necesarias para procesar esta petición y que las declaraciones hechas en este formulario son sujetas a investigación.
- Tengo el derecho de escoger al proveedor de cuidado de niños que sea mejor para mí y para mis hijos.
- El proveedor de cuidado de niños tiene que tener una licencia o estar exento de tener una para que CalWORKs me apruebe el pago de cuidado de niños.
- Si elijo a un proveedor de cuidado de niños exento de tener licencia, éste tiene que solicitar o ya estar registrado con la Línea de Confianza y reunir el criterio para Certificación con Salud y Seguridad a menos que la persona sea una tía, tío, abuelo del niño, escuela exenta o programa de recreación que provee el cuidado.
- El condado no actúa como empleador del proveedor de cuidado de niños y que no sostiene una relación de negocios con éste cuando se hace un pago de cuidado de niños.
- Si elijo cuidado de niños en mi hogar, entiendo que yo soy el empleador y soy responsable por pagar los impuestos del seguro social. También entiendo que si el proveedor de cuidado de niños trabaja 20 horas por semana o más en mi hogar tendré que pagarle por lo menos el sueldo mínimo y seré responsable por pagar el seguro de incapacidad del estado y los impuestos de desempleo federales y estatales de acuerdo con el Acta de Estándares Justos Laborales (FLSA).

RECUERDE: COMPLETAR EL LADO B AL REVERSO DE ESTE FORMULARIO PARA REPORTAR LAS HORAS DE PARTICIPACIÓN. SI ESTÁ SOLICITANDO CUIDADO DE NIÑOS, ADJUNTE EL FORMULARIO DE FACTURACIÓN Y ENTRÉGUELO A MÁS TARDAR EL 5 DEL MES PRÓXIMO.

Mes/Año: _____

NOMBRE DEL CLIENTE:
(Primer nombre, Segundo nombre, Apellido):

Número de caso:

Número del trabajador:

LADO II - EL CLIENTE COMPLETA ESTA SECCIÓN – FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

4 El tiempo que tardo de viajar de mi casa/centro de cuidado de niños a la localidad de mi actividad es: ½ hora 1 hora otro _____.
 Mi hora de almuerzo es de ½ hora 1 hora.

5. Escriba el nombre de la actividad, número de horas que trabajó y/o participó en su asignatura de WTW cada día en el reporte mensual. Incluya el tiempo utilizado en aprendizaje a distancia y complete este formulario diariamente. Si está participando en más de 3 actividades, use un formulario adicional. **Escriba "0" en los días en los que no fue a trabajar y/o no acudió a sus actividades. Si estuvo ausente, escriba la razón tal como, enfermo, cita médica, o día festivo. Si Ud. estuvo ausente y reemplazó sus horas, incluya las horas de reemplazo ***

No incluya el tiempo que tardó viajando u hora de almuerzo en las horas totales*

Fecha	Actividad 1:		Actividad 2:		Actividad 3:		Total de Horas diarias
	Horario	Total de Horas	Horario	Total de Horas	Horario	Total de Horas	
		Razón		Razón		Razón	
	<i>EJ:</i>		<i>EJ:</i>		<i>EJ:</i>		
	<i>Entrenamiento Vocacional</i>		<i>Entrenamiento Vocacional</i>		<i>Empleo a Condición de Estudios</i>		
	9:00am a 11:30am	2.5	3:00pm a 5:00pm	2	6:00pm a 9:00pm	3	7.5
1	a		a		a		
2	a		a		a		
3	a		a		a		
4	a		a		a		
5	a		a		a		
6	a		a		a		
7	a		a		a		
8	a		a		a		
9	a		a		a		
10	a		a		a		
11	a		a		a		
12	a		a		a		
13	a		a		a		
14	a		a		a		
15	a		a		a		
16	a		a		a		
17	a		a		a		
18	a		a		a		
19	a		a		a		
20	a		a		a		
21	a		a		a		
22	a		a		a		
23	a		a		a		
24	a		a		a		
25	a		a		a		
26	a		a		a		
27	a		a		a		
28	a		a		a		
29	a		a		a		
30	a		a		a		
31	a		a		a		
Total de Horas Mensuales:		+	Total de Horas Mensuales:	+	Total de Horas Mensuales:	=	Total de Horas mensuales:
Firma del Facilitador del Sitio	Iniciales/Fecha:		Iniciales/Fecha:		Iniciales/Fecha:		

CERTIFICACIÓN: Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de Estados Unidos de América y el estado de California que la información contenida en el LADO A y B de este reporte es verdadera y correcta.

FIRMA DEL CLIENTE	NÚMERO TELEFÓNICO ()	FECHA
COUNTY USE/USO DEL CONDADO:		
Weekly ST: _____	Monthly Attendance Hrs: _____	Worker Number: _____
Excused Absence Hrs: _____	Holiday Hrs: _____	Date: _____