

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador(a): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

A fin de recibir servicios soportantes para transportación y/o cuidado de niños, necesitamos que usted proporcione información sobre su asistencia escolar. La falta de proporcionar esta información podría significar la pérdida de sus servicios soportantes y/o una sanción del programa de Welfare to Work (Programa Para La Transición De La Asistencia Pública Al Trabajo).

Debe Entregar Este Informe a Su Trabajador(a) Por La Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Mes del Informe: \_\_\_\_\_

SEMANA 1: Fechas _____ hasta _____ Llene el NÚMERO de horas para cada actividad							
Actividad	Lun	Mar	Miér	Jue	Vier	Sáb	Total por Semana
Clase/Lectura							
Laboratorio Supervisado							
Estudio Supervisado							
Estudio no Supervisado							
SEMANA 2: Fechas _____ hasta _____ Llene el NÚMERO de horas para cada actividad							
Actividad	Lun	Mar	Miér	Jue	Vier	Sáb	Total por Semana
Clase/Lectura							
Laboratorio Supervisado							
Estudio Supervisado							
Estudio no Supervisado							
SEMANA 3: Fechas _____ hasta _____ Llene el NÚMERO de horas para cada actividad							
Actividad	Lun	Mar	Miér	Jue	Vier	Sáb	Total por Semana
Clase/Lectura							
Laboratorio Supervisado							
Estudio Supervisado							
Estudio no Supervisado							
SEMANA 4: Fechas _____ hasta _____ Llene el NÚMERO de horas para cada actividad							
Actividad	Lun	Mar	Miér	Jue	Vier	Sáb	Total por Semana
Clase/Lectura							
Laboratorio Supervisado							
Estudio Supervisado							
Estudio no Supervisado							
SEMANA 5: Fechas _____ hasta _____ Llene el NÚMERO de horas para cada actividad							
Actividad	Lun	Mar	Miér	Jue	Vier	Sáb	Total por Semana
Clase/Lectura							
Laboratorio Supervisado							
Estudio Supervisado							
Estudio no Supervisado							
<b>Total De Horas Mensuales:</b>							

¿Está todavía matriculado en la escuela? Sí  NO

¿Si la respuesta es NO, en que fecha paró de asistir? \_\_\_\_\_

¿Dejó de participar en alguna clase? Sí  NO

¿Si la respuesta es Sí, cuales clases dejó? \_\_\_\_\_

¿Ha agregado clases? Sí  NO

¿Si la respuesta es sí, cuales clases agregó? \_\_\_\_\_

¿Perdió usted algún día escolar en el mes? Sí  NO

Si la respuesta es sí, la fecha(s) que perdió: \_\_\_\_\_

La Razón(es): \_\_\_\_\_

**Razones para Ausencia:**

- CI= Enfermedad de Niño
- SI= Enfermedad Propio
- H= Día Feriado
- SB= Interrupción de Semestre
- CC=Problemas con Cuidado de Niños
- O = Otro (explica)

Si usted está ausente durante más de 3 días, proporciona documentación para la ausencia a su trabajador(a) de Caso de Empleo (ECM).

Pongase en contacto con su Trabajador(a) de Caso de Empleo (ECM) para reportar cualquier cambio en su actividad escolar.

Devuelva esta forma ya un copia ACTUAL de su información de matriculación escolar a su ECM.

<b>CERTIFICACIÓN</b> - Yo certifico, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada en esta forma es verdadera y correcta.	
Firma del Participante: _____	Fecha: _____
Matriculación Escolar/Participación Verificada Por: _____	Título: _____
Firma: _____	Fecha: _____ Número de Teléfono: _____

