COUNTY OF SAN DIEGO **VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA MENSUAL**

Nombre del Participante: _____ Nombre/Número de Caso: _____

Escuela: _____ Gerente del Caso de Empleo (ECM): _____

Mes/Año de Asistencia: _____ Teléfono ECM: _____

Este formulario debe usarse para reportar las horas reales de asistencia a actividades relacionadas con la escuela. Regrese este formulario a su ECM para el 5^{o} día del mes siguiente al de asistencia. (Ejemplo: El mes de asistencia es junio. Hay que devolver el formulario a su ECM para el 5 de julio)

Sección A: Cambios (marcar todas las opciones que aplican y explicar):

- ☐ Dejé de asistir a la escuela: _____
- ☐ Abandoné las clases: _____
- ☐ Agregué clases: _____
- ☐ Falté a clases: _____

Sección B: Horario de asistencia - **Escribir el número <u>REAL</u> de horas de asistencia para cada actividad:**

SEMANA 1	**Lun**	**Mar**	**Mier**	**Jue**	**Vier**	**Sab**	**Dom**	**ECM Use Only**
Fecha:								
Clase/Conferencia								
Laboratorio con supervisión								
Estudio con supervisión								
Estudio sin supervisión								
SEMANA 2	**Lun**	**Mar**	**Mier**	**Jue**	**Vier**	**Sab**	**Dom**	**ECM Use Only**
Fecha:								
Clase/Conferencia								
Laboratorio con supervisión								
Estudio con supervisión								
Estudio sin supervisión								
SEMANA 3	**Lun**	**Mar**	**Mier**	**Jue**	**Vier**	**Sab**	**Dom**	**ECM Use Only**
Fecha:								
Clase/Conferencia								
Laboratorio con supervisión								
Estudio con supervisión								
Estudio sin supervisión								
SEMANA 4	**Lun**	**Mar**	**Mier**	**Jue**	**Vier**	**Sab**	**Dom**	**ECM Use Only**
Fecha:								
Clase/Conferencia								
Laboratorio con supervisión								
Estudio con supervisión								
Estudio sin supervisión								
SEMANA 5	**Lun**	**Mar**	**Mier**	**Jue**	**Vier**	**Sab**	**Dom**	**ECM Use Only**
Fecha:								
Clase/Conferencia								
Laboratorio con supervisión								
Estudio con supervisión								
Estudio sin supervisión								
								Total Hours:

Sección C: Certificación - Yo certifico bajo pena de la ley de perjurio que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

School or County Use Section Only

Participation Verified By (Print Name/Title): _____
(School Counselor or ECM)

Signature: _____ Date: _____ Telephone: _____

Instrucciones para llenar el Formulario de Verificación de Asistencia Mensual 116 HHSA

- Mes/año de asistencia: El mes y año en el cual el estudiante está reportando la asistencia escolar.
- Este formulario debe entregarse al Gerente del Caso de Empleo (ECM) para el 5^{o} día del mes siguiente al mes de asistencia
  Por ejemplo, si se está reportando la asistencia para junio, este formulario debe entregarse al ECM para el 5 de julio.

Sección A: Cambios
Llenar esta sección si hay cambios que reportar en el estado de la escuela o las clases, incluyendo las fechas en que se presentaron los cambios. Si el estudiante faltó a clases, incluir las fechas de las faltas y las razones por las cuales no fue a clases.

Sección B: Horas de asistencia
- Fecha: Incluir una fecha para cada día de la semana para las horas de asistencia reales que se están reportando.
- Clase/Conferencia: Escribir el número real de horas que asistió el estudiante a clases.
- Laboratorio con supervisión: Los laboratorios con supervisión deben contar con un instructor presente durante el tiempo en el laboratorio. El requisito de laboratorio también se debe de mencionar en el horario de clases del estudiante. Por ejemplo, puede que un estudiante tenga que asistir al laboratorio de biología además de la clase de biología. Escribir el número real de horas que asistió el estudiante.
- Estudio con supervisión: El tiempo de estudio con supervision es programado y monitoreado por la escuela. Escribir el número real de horas de estudio con supervisión que terminó el estudiante.
- Tiempo de estudio sin supervisión: El tiempo de estudio sin supervisión es asignado por la escuela. El tiempo de estudio sin supervisión que cuenta como participación para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (WTW) se basa en el tiempo que el estudiante terminó en realidad de estudio sin supervisión, hasta llegar al límite permitido. Escribir el número real de horas de estudio sin supervisión que terminó el estudiante.

Sección C: Certificación
- Firma del participante: El participante debe firmar y fechar el formulario para certificar que la información proporcionada es cierta y correcta.
- Participación verificada por: Un funcionario de la escuela o el ECM debe firmar y fechar el formulario verificando que la información proporcionada es precisa.