



## Reporte Mensual de Actividades de CalWORKs

**NOMBRE DE PARTICIPANTE:**

**MES DE REPORTE:**

**DHS NÚMERO DE CASO:**

**NOMBRE DE SU TRABAJADOR DE SERVICIO SOCIAL Y NUMERACIÓN DE CASOS:**

**NÚMERO DE TELÉFONO DE SU TRABAJADOR DE SERVICIO SOCIAL:**

### **Como Completar su Reporte Mensual de Actividades de CalWORKs (MCAT):**

**Cada día usted tiene que escribir el número de horas que completo en cada actividad.** Al completar, tendrá que firmar, escribir la fecha y entregar este reporte a su Trabajador de Servicio Social de WTW antes del 5to día del siguiente mes.

Por favor conteste las preguntas #1 y #2 que se encuentran abajo:

**PREGUNTA #1:**

¿Estuvo empleado por cuenta propia o se le pago en efectivo durante este mes?

No – Continué a la pregunta #2

Si – ¿Cuál fue la Cantidad de Ingresos en Bruto de su Empleo por Cuenta Propia durante el mes? \$

**PREGUNTA #2:**

¿Usted participo en consejería (Salud Mental, Abuso de Substancias, Terapia en Grupo, Clases sobre la crianza de hijos, etc.), Servicio a la Comunidad, Programa de Liberación de Empleo, Educación Vocacional, Capacitación de Habilidades Laborales, Diploma de la Escuela Secundaria, GED, Educación Básica para Adultos, o cursos de Inglés como Segundo Idioma durante este mes?

No – Firme, Escriba la Fecha y regrese esta forma a su Trabajador de Servicio Social.

Si – Complete la sección apropiada con la cantidad de horas correspondiente para el mes

<b><u>FECHA</u></b>	<b><u>CONSEJERIA</u></b> <i>(Salud Mental, Substancias de Abuso, Terapia en Grupo, Clases de Crianza de Hijos)</i>	<b><u>SERVICIO A LA COMUNIDAD</u></b> <i>(Servicio a la Comunidad, Programa Liberación de Empleo)</i>	<b><u>HORAS DE ESCUELA</u></b> <i>(Educación Vocacional, Capacitación de Habilidades Laborales, HSD, GED, ABE, ESL)</i>
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			

**CONSENTIMIENTO**

Entiendo que como participante de CalWORKs tengo que participar **al menos 87/130/152 horas en actividades de WTW cada mes.** Entiendo que yo tengo que regresar esta forma **dentro de cinco (5) días de calendario después del final de cada mes.** Al fallar me puede resultar en una reducción de asistenta monetaria. Yo declaro bajo pena de perjurio, que lo contenido en este reporte es verdadero y correcto para el mes completo. Entiendo que mi Trabajador de Servicio Social puede pedir información adicional por escrito para verificar mis declaraciones.

**PARTICIPANTE NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:**

**FECHA:**

**PARTICIPANTE FIRMA:**

**PARTICIPANTE NÚMERO DE TELÉFONO:**

**REPRESENTANTE DE AGENCIA**

**FIRMA DE TRABAJADOR DE SERVICIO SOCIAL (SSW):**

**FECHA:**

**EL NÚMERO DE CASOS DE SSW #:**

**PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE**

**Ganancias Brutas de Empleo por Cuenta Propia =**

**X .60 =**

**/7.25**

**/4.33 =**