



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

<u>FECHA</u>	<u>CONSEJERIA</u> <i>(Salud Mental, Substancias de Abuso, Terapia en Grupo, Clases de Crianza de Hijos)</i>	<u>SERVICIO A LA COMUNIDAD</u> <i>(Servicio a la Comunidad, Programa Liberación de Empleo)</i>	<u>HORAS DE ESCUELA</u> <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 =