



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
- ☐ Sí – Empleo por Cuenta Propia. ¿Cual fue la Cantidad de Ingresos en Bruto de su Empleo por Cuenta Propia durante el mes? _____
- ☐ Sí – Empleo por Pago en Efectivo. ¿Cual fue la Cantidad de pago en efectivo 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> (Salud Mental, Substancias de Abuso, Terapia en Grupo, Clases de Crianza de Hijos)	<u>SERVICIO A LA COMUNIDAD</u> (Servicio a la Comunidad, Programa Liberación de Empleo)	<u>HORAS DE ESCUELA</u> (Educación Vocacional, Capacitación de Habilidades Laborales, HSD, GED, ABE, ESL)
1 st	_____	_____	_____
2 nd	_____	_____	_____
3 rd	_____	_____	_____
4 th	_____	_____	_____
5 th	_____	_____	_____
6 th	_____	_____	_____
7 th	_____	_____	_____
8 th	_____	_____	_____
9 th	_____	_____	_____
10 th	_____	_____	_____
11 th	_____	_____	_____
12 th	_____	_____	_____

13 th			
14 th			
15 th			
16 th			
17 th			
18 th			
19 th			
20 th			
21 st			
22 nd			
23 rd			
24 th			
25 th			
26 th			
27 th			
28 th			
29 th			
30 th			
31 st			

CONSENT

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:

AGENCY REPRESENTATIVE

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

EL NÚMERO DE CASOS DE SSW#: