



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#: _____