

REGISTRO DE MILLAS Y ASISTENCIA DE SONOMAWORKS

NOMBRE DEL CLIENTE					CASO #					MES/AÑO			INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR		
ACTIVIDAD															
						Empleador/Proveedor:						Firma del supervisor (si es requerido)			
Fecha y Horas:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Millas:															
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Total de Horas: _____

Total de Millas: _____

Certifico que todas las horas reportadas son verdaderas y correctas.

Firma del Cliente: _____ **Fecha:** _____

Razones por cualquier ausencia:

County Use Only: Activity hours verified?

Total Hours: _____ Excused Hours Counted: _____

Total Miles Approved: _____ Hours Entered: _____

Service Arrangement ID # _____

Transportation (Total Miles x Rate) :

Education Only:

Class hours _____ + Study hours _____ = Total Hours _____

Holiday/Excused Hours: _____

Student participating in scheduled classes & making satisfactory progress. **Worker Signature:**

Ejemplo de Cómo Completar el Formulario de Registro de Millas

Utilice este formulario para reportar las millas de ida y vuelta de su actividad. Este es el procedimiento para el reembolso del transporte. Su consejero de Empleo y Entrenamiento de SonomaWORKS (ETC) determinará su elegibilidad para el reembolso de millas.

Nota: Este formulario no debe usarse para actividades de búsqueda de empleo o el servicio comunitario.

Usted debe entregar la asistencia dentro de 5 días después de fin de mes.

- 1) Llenar con su nombre, numero de caso, mes y año correspondiente a sus horas de actividades. Nombre y número del consejero de entrenamiento y empleo (ETC).
- 2) Ingrese el nombre de la escuela al lado del nombre de la actividad.
- 3) Ingrese el tiempo que usa cada día. Reporte en forma de hora completa o lo más cercano al cuarto de hora

15 minutos = .25 30 minutos = .50 45 minutos = .75 *Ejemplo: si asististe 1 hora y 15 minutos, escriba 1.25 horas*
 Casilla de Millas - Registre el total de millas, ida y vuelta desde su hogar hasta su actividad aprobada

Empleo sin subsidios		Empleador/Proveedor: ABC Company									Firma del facilitador (si es requerido)				
Fecha y Horas:	1 Día libre	2 8	3 8	4 8	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Millas:		68	68	68											

Asegúrese de firmar y fechar el registro de asistencia después de haber registrado todas sus horas. Las horas después de la fecha de firma o después de que entregue su registro no podrán ser aceptadas.

ETC - Por favor, rellene previamente los formularios con el nombre del cliente, el número de caso y la información del trabajador siempre que sea posible.

Opciones para enviar el formulario:

- 1) Entregar en persona a 2227 Capricorn Way, Suite 100, Santa Rosa, CA. Los Registros de Asistencia se pueden entregar en la recepción durante el horario Laboral o en el buzón frente del edificio en cualquier momento.
- 2) Visite y suba documentos a benefitscal.org; es posible que necesite crear una cuenta en línea
- 3) Envíe por correo a: Sonoma County Human Services Department - Employment & Training Division, PO Box 1539, Santa Rosa, CA 95401