

Nombre del participante: _____ Nombre/número de caso: _____

Escuela: _____ Gerente del caso de empleo (ECM): _____

Mes/año de asistencia: _____ Teléfono ECM: _____

Este formulario debe usarse para reportar las horas reales de asistencia a actividades relacionadas con la escuela. Regrese este formulario a su ECM para el 5° día del mes siguiente al de asistencia. (Ejemplo: El mes de asistencia es junio. Hay que devolver el formulario a su ECM para el 5 de julio)

Sección A: Cambios (marcar todas las opciones que aplican y explicar):

Dejé de asistir a la escuela: _____

Abandoné las clases: _____

Agregué clases: _____

Falté a clases: _____

Sección B: Horario de asistencia - Escribir el número REAL de horas de asistencia para cada actividad:

| SEMANA 1 | Lun | Mar | Mier | Jue | Vier | Sab | Dom | ECM Use Only |
|-----------------------------|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|--------------|
| Fecha: | | | | | | | | |
| Clase/Conferencia | | | | | | | | |
| Laboratorio con supervisión | | | | | | | | |
| Estudio con supervisión | | | | | | | | |
| Estudio sin supervisión | | | | | | | | |
| SEMANA 2 | Lun | Mar | Mier | Jue | Vier | Sab | Dom | ECM Use Only |
| Fecha: | | | | | | | | |
| Clase/Conferencia | | | | | | | | |
| Laboratorio con supervisión | | | | | | | | |
| Estudio con supervisión | | | | | | | | |
| Estudio sin supervisión | | | | | | | | |
| SEMANA 3 | Lun | Mar | Mier | Jue | Vier | Sab | Dom | ECM Use Only |
| Fecha: | | | | | | | | |
| Clase/Conferencia | | | | | | | | |
| Laboratorio con supervisión | | | | | | | | |
| Estudio con supervisión | | | | | | | | |
| Estudio sin supervisión | | | | | | | | |
| SEMANA 4 | Lun | Mar | Mier | Jue | Vier | Sab | Dom | ECM Use Only |
| Fecha: | | | | | | | | |
| Clase/Conferencia | | | | | | | | |
| Laboratorio con supervisión | | | | | | | | |
| Estudio con supervisión | | | | | | | | |
| Estudio sin supervisión | | | | | | | | |
| SEMANA 5 | Lun | Mar | Mier | Jue | Vier | Sab | Dom | ECM Use Only |
| Fecha: | | | | | | | | |
| Clase/Conferencia | | | | | | | | |
| Laboratorio con supervisión | | | | | | | | |
| Estudio con supervisión | | | | | | | | |
| Estudio sin supervisión | | | | | | | | |

Sección C: Certificación - Yo certifico bajo pena de la ley de perjurio que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

School or County Use Section Only

Participation Verified By (Print Name): _____ Signature: _____
 (School Counselor or ECM)

Signature: _____ Date: _____ Telephone: _____

