

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
Programa de Empleo y Capacitación para Asistencia Alimentaria Suplementaria (SNA E&T por sus siglas en inglés)

## INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES LABORALES

Nombre del Participante (*Apellido, nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_ Núm. de ID de JAS: \_\_\_\_\_ Se vence el: \_\_\_\_\_  
Nombre del Especialista de SNA E&T: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Núm. de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**HORAS DE PARTICIPACIÓN EN UNA ACTIVIDAD** Escriba las horas de participación bajo cada día que corresponda.  
Si no participó, escriba uno de los siguientes: **A = AUSENTE** (*Explique en los comentarios*) • **N = NO PROGRAMADO** • **H = DÍA FESTIVO**

Actividad	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Totales Semanales	
<b>SEMANA 1 / FECHA:</b>									<b>NOMBRE DEL MONITOR OFICIAL DEL SITIO, FIRMA, LOCAL Y TELÉFONO</b>
Empleo									
Preparación para el empleo									
Educación/Capacitación									
Tareas									
TAA									
WIOA									
Experiencia laboral									
Servicio comunitario									
Búsqueda de trabajo									
Empleo y capacitación de veteranos									
<b>SUMA TOTAL</b>									
<b>SEMANA 2 / FECHA:</b>									<b>NOMBRE DEL MONITOR OFICIAL DEL SITIO, FIRMA, LOCAL Y TELÉFONO</b>
Empleo									
Preparación para el empleo									
Educación/Capacitación									
Tareas									
TAA									
WIOA									
Experiencia laboral									
Servicio comunitario									
Búsqueda de trabajo									
Empleo y capacitación de veteranos									
<b>SUMA TOTAL</b>									

Al firmar abajo, certifico que las horas de participación registradas son ciertas y correctas. Entiendo que los beneficios y los fondos que recibo pueden depender de mi participación en el programa SNA E&T. Se aplicarán sanciones si yo deliberadamente tergiverso esta información de participación. Entiendo que tengo que decirle a mi especialista de SNA E&T si recibo un subsidio para transportación de cualquier otra fuente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE DEL SNA E&T	FECHA	APROBACIÓN DEL ESPECIALISTA DE SNA E&T	FECHA
------------------------------------	-------	--	-------

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
Programa de Empleo y Capacitación para Asistencia Alimentaria Suplementaria (SNA E&T por sus siglas en inglés)

## INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES LABORALES

Nombre del Participante (*Apellido, nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_ Núm. de ID de JAS: \_\_\_\_\_ Se vence el: \_\_\_\_\_

Actividad	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Totales Semanales	
<b>SEMANA 3 / FECHA:</b>									<b>NOMBRE DEL MONITOR OFICIAL DEL SITIO, FIRMA, LOCAL Y TELÉFONO</b>
Empleo									
Preparación para el empleo									
Educación/Capacitación									
Tareas									
TAA									
WIOA									
Experiencia laboral									
Servicio comunitario									
Búsqueda de trabajo									
Empleo y capacitación de veteranos									
<b>SUMA TOTAL</b>									
<b>SEMANA 4 / FECHA:</b>									<b>NOMBRE DEL MONITOR OFICIAL DEL SITIO, FIRMA, LOCAL Y TELÉFONO</b>
Empleo									
Preparación para el empleo									
Educación/Capacitación									
Tareas									
TAA									
WIOA									
Experiencia laboral									
Servicio comunitario									
Búsqueda de trabajo									
Empleo y capacitación de veteranos									
<b>SUMA TOTAL</b>									

Al firmar abajo, certifico que las horas de participación registradas son ciertas y correctas. Entiendo que los beneficios y los fondos que recibo pueden depender de mi participación en el programa SNA E&T. Se aplicarán sanciones si yo deliberadamente tergiverso esta información de participación. Entiendo que tengo que decirle a mi especialista de SNA E&T si recibo un subsidio para transportación de cualquier otra fuente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE DEL SNA E&T	FECHA	APROBACIÓN DEL ESPECIALISTA DE SNA E&T	FECHA
------------------------------------	-------	--	-------

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
Programa de Empleo y Capacitación para Asistencia Alimentaria Suplementaria (SNA E&T por sus siglas en inglés)

## INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES LABORALES

Nombre del Participante (*Apellido, nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_ Núm. de ID de JAS: \_\_\_\_\_ Se vence el: \_\_\_\_\_

Actividad	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Totales Semanales	NOMBRE DEL MONITOR OFICIAL DEL SITIO, FIRMA, LOCAL Y TELÉFONO
<b>SEMANA 5 / FECHA:</b>									
Empleo									
Preparación para el empleo									
Educación/Capacitación									
Tareas									
TAA									
WIOA									
Experiencia laboral									
Servicio comunitario									
Búsqueda de trabajo									
Empleo y capacitación de veteranos									
<b>SUMA TOTAL</b>									

Al firmar abajo, certifico que las horas de participación registradas son ciertas y correctas. Entiendo que los beneficios y los fondos que recibo pueden depender de mi participación en el programa SNA E&T. Se aplicarán sanciones si yo deliberadamente tergiverso esta información de participación. Entiendo que tengo que decirle a mi especialista de SNA E&T si recibo un subsidio para transportación de cualquier otra fuente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE DEL SNA E&T	FECHA	APROBACIÓN DEL ESPECIALISTA DE SNA E&T	FECHA
------------------------------------	-------	--	-------

### COMENTARIOS: