

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Administración de la Fuerza Laboral

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 (<i>Apellido, nombre, S.I.</i>)						NUM. DE ID DE JAS		SE VENCE EL:	
NOMBRE DEL ESPECIALISTA DE SNA E&T				NUM. DE TELÉFONO		NUM. 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	Miér	Juev	Vier	Totales Semanales	
SEMANA 1									NOMBRE DEL MONITOR OFICIAL DEL SITIO, FIRMA, LOCAL Y TELE.
Empleo									
Preparación para el empleo									
Educación/Capacitación									
Tareas									
TAA									
WIOA									
Experiencia laboral									
Servicio comunitario									
Búsqueda de trabajo									(Marque todo lo que corresponda) Enviar solicitud o currículum Entrevista Llamada o correo electrónico de seguimiento Otro:
SUMA TOTAL									¿Tuvo usted un gasto de transporte? sí no
SEMANA 2									NOMBRE DEL MONITOR OFICIAL DEL SITIO, FIRMA, LOCAL Y TELE.
Empleo									
Preparación para el empleo									
Educación/Capacitación									
Tareas									
TAA									
WIOA									
Experiencia laboral									
Servicio comunitario									
Búsqueda de trabajo									(Marque todo lo que corresponda) Enviar solicitud o currículum Entrevista Llamada o correo electrónico de seguimiento Otro:
SUMA TOTAL									¿Tuvo usted un gasto de transporte? sí no

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
------------------------------------	-------	--	-------

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES LABORALES

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (Apellido, nombre, S. I.)	NUM. DE ID DE JAS	SE VENCE EL:
---	-------------------	--------------

Actividad	Sáb	Dom	Lun	Mar	Miér	Juev	Vier	Totales Semanales	
SEMANA 3									NOMBRE DEL MONITOR OFICIAL DEL SITIO, FIRMA, LOCAL Y TELE.
Empleo									
Preparación para el empleo									
Educación/Capacitación									
Tareas									
TAA									
WIOA									
Experiencia laboral									
Servicio comunitario									
Búsqueda de trabajo									(Marque todo lo que corresponda) Enviar solicitud o currículum Entrevista Llamada o correo electrónico de seguimiento Otro:
SUMA TOTAL									¿Tuvo usted un gasto de transporte? sí no
SEMANA 4									NOMBRE DEL MONITOR OFICIAL DEL SITIO, FIRMA, LOCAL Y TELE.
Empleo									
Preparación para el empleo									
Educación/Capacitación									
Tareas									
TAA									
WIOA									
Experiencia laboral									
Servicio comunitario									
Búsqueda de trabajo									(Marque todo lo que corresponda) Enviar solicitud o currículum Entrevista Llamada o correo electrónico de seguimiento Otro:
SUMA TOTAL									¿Tuvo usted un gasto de transporte? sí no

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
------------------------------------	-------	--	-------

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES LABORALES

NOMBRE DEL PARTICIPANTE <i>(Apellido, nombre, S. I.)</i>									NUM. DE ID DE JAS	SE VENCE EL:
Actividad	Sáb	Dom	Lun	Mar	Miér	Juev	Vier	Totales Semanales	NOMBRE DEL MONITOR OFICIAL DEL SITIO, FIRMA, LOCAL Y TELE.	
SEMANA 5										
Empleo										
Preparación para el empleo										
Educación/Capacitación										
Tareas										
TAA										
WIOA										
Experiencia laboral										
Servicio comunitario										
Búsqueda de trabajo									(Marque todo lo que corresponda) Enviar solicitud o currículum Entrevista Llamada o correo electrónico de seguimiento Otro:	
SUMA TOTAL									¿Tuvo usted un gasto de transporte? sí no	
TOTAL MENSUAL										

COMENTARIOS:

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
------------------------------------	-------	--	-------

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Servicios y ayudantes auxilios para personas con discapacidades están disponibles a petición. Esto significa por ejemplo que, si es necesario el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas, o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Available in English on-line or at the local office.