

PARTE I – EL CLIENTE COMPLETA ESTA SECCIÓN – FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE
VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA - (Mes y Año): _____
VENCE el 5 del próximo mes

1 Favor de completar la PARTE II de esta forma de verificación de asistencia con el total de horas de sus actividades del Programa de la Asistencia Pública al Trabajo (WTW) de CalWORKs. Usted tiene que firmar y fechar la PARTE II de esta forma.

| | |
|--|--|
| <p>2 NOMBRE DEL CLIENTE (PRIMER, SEGUNDO, APELLIDO)</p> <p>_____</p> <p>Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Número del caso: _____</p> <p>Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____</p> <p>Correo electrónico del cliente: _____</p> <p>Nombre del caso: _____</p> <p>Nombre del trabajador/número: _____</p> <p>Dirección de la oficina del trabajador: _____</p> <p>Correo electrónico del trabajador: _____</p> <p>Número de teléfono del trabajador: _____</p> |
|--|--|

3

- Se requiere su participación en sus actividades de WTW de CalWORKs o del trabajo asignado.
- ¿Han habido cambios en la siguiente información desde su último reporte de verificación de asistencia? (Si contesta sí, marque la casilla y explique brevemente el cambio)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dirección | <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado infantil |
| <input type="checkbox"/> Teléfono de casa | <input type="checkbox"/> Teléfono celular |
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| | <input type="checkbox"/> Otros cambios |

4

Estoy incluyendo el Reporte sobre Facturación de Cuidado Infantil (SCD 1755B) con la Verificación de Asistencia (SCD 1755A). **Si está empleado, debe incluir copias de sus talones de cheque.** Para evitar retrasos en el pago para su proveedor de cuidado infantil, las formas SCD 1755A y SCD 1755B tienen que ser presentadas.

- Las formas pueden ser descargadas en: <https://www.sccgov.org/sites/ec/Pages/default.aspx>
- Y también pueden ser regresadas a nuestra oficina vía correo electrónico a: CWES@ssa.sccgov.org

- ENTIENDO QUE:**
- Estoy certificando que trabajé o participé en las actividades de CWES o en los días y por el número de horas reportadas en la Parte II.
 - Si no envío la “Verificación de Asistencia (SCD 1755A) y la Facturación de Cuidado Infantil (SCD 1755B)”, mis servicios de apoyo tales como cuidado de niños, transportación o pagos relacionados con trabajo/educación y entrenamiento podrían ser retrasados, cambiados, negados o detenidos.
 - Tengo el derecho de seleccionar el proveedor de cuidado infantil que es mejor para mí y mis niños, pero primero tengo que comunicarme con mi trabajador antes de hacer algún cambio.
 - El proveedor tiene que tener licencia o estar exento de tener una licencia en orden para que el pago de cuidado infantil sea aprobado por CalWORKs.
 - Si selecciono un proveedor de cuidado infantil exento de licencia, él/ella tiene que solicitar o estar registrado en la Línea de Confianza y cumplir con los criterios de certificación de Salud y Seguridad a menos que sea un tío/a, abuelo/a, una escuela exenta o un programa de recreación proveyendo cuidado.
 - La información en este formulario podría ser compartida con otras agencias estatales y locales, Programas para Recursos y Referidos, Programas de Pagos Alternativos (APPs) y agencias federales, incluyendo al Servicio de Rentas Internas (IRS) y el Departamento de Impuestos del Estado (FTB).
 - Tendré que reembolsar cualquier pago por cuidado infantil y transporte u otros servicios de apoyo para los que no calificaba.
 - El Condado no es el empleador del proveedor de cuidado infantil y no tiene una relación de negocios con este cuando le paga por cuidado infantil.
 - **Si selecciono cuidado infantil en mi hogar, yo soy el empleador. Yo soy responsable por los impuestos del Seguro Social. Entiendo que si mi proveedor de cuidado infantil trabaja 20 horas semanales o más en mi hogar, yo tengo que pagarle por lo menos el salario mínimo y soy responsable por incapacidad estatal y por los impuestos de desempleo federales y estatales de acuerdo con el Acta de Estándares Justos de Trabajo (FLSA). Conforme a Lugares de Trabajo Saludables, Acta de Familias Saludables del 2014, tengo que proveer al menos una hora de enfermedad por cada 30 horas trabajadas, disponibles al empleado en el 90^{no} día de empleo.**
 - Estoy autorizando al Condado a obtener cualquier verificación necesaria para procesar esta petición y que las declaraciones hechas en este formulario están sujetas a investigación.

RECORDATORIO: Favor de completar la PARTE II de este formulario para reportar horas de participación. Adicionalmente, si usted está solicitando cuidado infantil, adjunte la Forma para Facturación por Cuidado Infantil (SCD 1755B) y entregue ambas formas a no más tardar del 5to día del próximo mes.

PARTE II – EL CLIENTE COMPLETA ESTA SECCIÓN

(Mes y Año): _____

Nombre del cliente: _____ Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos) _____ Número del caso: _____

5. El tiempo que tomo de mi casa/proveedor de cuidado infantil a el lugar de mi actividad es (ida y vuelta): _____. En la parte de Almuerzo de la tabla abajo, ponga el tiempo de almuerzo usando números.

6. Indique el nombre de actividad, número de horas trabajadas y/o participadas cada día del mes en que se ha hecho el reporte. Complete la forma todos los días. Si Ud. está participando en más de 3 actividades, use una forma adicional. **Si estuvo ausente, indique la fecha(s) y razón(es) tal como enfermo, cita de doctor, servicio de jurado, día feriado :** _____

(Continuada):

• **Se requiere una firma del proveedor por actividades no pagadas (No incluya el tiempo de viaje o almuerzo en el total de horas)**

| Fecha | Actividad 1 | | | Actividad 2 | | | Actividad 3 | | | Total de horas al día |
|---------------------|-------------------------|---------------|----------------|-------------------------|---------------|----------------|-------------------------|---------------|----------------|-----------------------|
| | Tiempo de participación | Hora de Lunch | Total de Horas | Tiempo de participación | Hora de Lunch | Total de Horas | Tiempo de participación | Hora de Lunch | Total de Horas | |
| Ejemplo | 8:00am a 3:00pm | 60 | 6 | 4:00pm a 6:00pm | 0 | 2 | 7:00pm a 8:00pm | 0 | 1 | 9 |
| 1 | a | | | a | | | a | | | |
| 2 | a | | | a | | | a | | | |
| 3 | a | | | a | | | a | | | |
| 4 | a | | | a | | | a | | | |
| 5 | a | | | a | | | a | | | |
| 6 | a | | | a | | | a | | | |
| 7 | a | | | a | | | a | | | |
| 8 | a | | | a | | | a | | | |
| 9 | a | | | a | | | a | | | |
| 10 | a | | | a | | | a | | | |
| 11 | a | | | a | | | a | | | |
| 12 | a | | | a | | | a | | | |
| 13 | a | | | a | | | a | | | |
| 14 | a | | | a | | | a | | | |
| 15 | a | | | a | | | a | | | |
| 16 | a | | | a | | | a | | | |
| 17 | a | | | a | | | a | | | |
| 18 | a | | | a | | | a | | | |
| 19 | a | | | a | | | a | | | |
| 20 | a | | | a | | | a | | | |
| 21 | a | | | a | | | a | | | |
| 22 | a | | | a | | | a | | | |
| 23 | a | | | a | | | a | | | |
| 24 | a | | | a | | | a | | | |
| 25 | a | | | a | | | a | | | |
| 26 | a | | | a | | | a | | | |
| 27 | a | | | a | | | a | | | |
| 28 | a | | | a | | | a | | | |
| 29 | a | | | a | | | a | | | |
| 30 | a | | | a | | | a | | | |
| 31 | a | | | a | | | a | | | |
| Total | Actividad 1 | | | Actividad 2 | | | Actividad 3 | | | |
| Firma del Proveedor | | | | | | | | | | |

CERTIFICACIÓN: Yo declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos y el Estado de California que la información contenida en la PARTE I y PARTE II en este reporte de asistencia es verdadera y correcta.

Firma del cliente: _____ Número de teléfono: _____ Fecha: _____

Worker Name/Number: _____ Total Actual Monthly Hours: _____ Date: _____