



The Department of Human Services in Partnership with the Departments of Economic Development, Education, Human Rights, Management, and Workforce Development.

Time and Attendance (Horarios y Asistencia)

Para el mes de ____ del año ____

Nombre del participante:		ID estatal:	
Actividad del FIA:		Lugar de la actividad del FIA:	

SEMANA 1	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	TOTAL
FECHA								
Horas programadas								
Horas que asistió								
Horas de estudio supervisadas								

SEMANA 2	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	TOTAL
FECHA								
Horas programadas								
Horas que asistió								
Horas de estudio supervisadas								

SEMANA 3	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	TOTAL
FECHA								
Horas programadas								
Horas que asistió								
Horas de estudio supervisadas								

SEMANA 4	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	TOTAL
FECHA								
Horas programadas								
Horas que asistió								
Horas de estudio supervisadas								

SEMANA 5	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	TOTAL
FECHA								
Horas programadas								
Horas que asistió								
Horas de estudio supervisadas								

Sólo para educación			
Indique el progreso del participante debajo:	Satisfactorio	Necesita mejorar	Insatisfactorio
Asistencia:			
Calidad del trabajo:			
Terminación del trabajo			
¿El participante está progresando satisfactoriamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Identifique los problemas u obstáculos que puede tener para completar estos requisitos:

Firma del proveedor del servicio o la capacitación o del representante autorizado:	Fecha:	Firma del Monitor de Estudios supervisado:	Fecha:
--	--------	--	--------

- Debe notificar a su asistente de PROMISE JOBS antes de realizar cualquier cambio relacionado a su actividad FIA.
- Usted o su proveedor del servicio/capacitación debe devolver este formulario dentro de los 10 días calendario previos a la finalización del mes.
- Si no devuelve este formulario antes de la fecha exigida o no brinda la información correcta, significa que está eligiendo el Plan de Beneficios Limitados (LBP) y puede perder los beneficios del FIP (Plan de Inversión Familiar) para su familia.

Al firmar este registro de horario, usted nos autoriza a verificar la información con aquellas personas que firmaron el formulario.
Certifico que la información que está arriba es correcta y completa.

Firma del participante	Fecha
------------------------	-------

Devolver a:
