COUNTY OF SAN DIEGO **VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA MENSUAL**

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								