

PROGRESS REPORT - EDUCATION/TRAINING/POST-EMPLOYMENT SERVICES/ WORK EXPERIENCE AND COMMUNITY SERVICES PROGRAM

| | | |
|--|--|-------|
| Participant Name/Address | GAIN Regional Office Address: | |
| | Fax Number: GSW Name: _____ Phone Number: _____ | |
| (Service Type & Activity Number Program Description) | GSW ID: _____ | |
| Agency/School Name: | Case Number: | Date: |

| | | |
|---------------------|-----|-------------------|
| Report Period From: | To: | Reporte se vence: |
|---------------------|-----|-------------------|

Este reporte de progreso es un documento requerido que debe ser completado y entregado a tiempo. Si no se proporciona este formulario antes de la fecha de vencimiento, puede afectar su asistencia monetaria. Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con su trabajador de los servicios de GAIN.

Por favor, envíe este formulario a su agencia u oficina de CalWORKs de la escuela para que sea completado. Envíelo por correo electrónico, correo, fax o en persona cuando el formulario esté completo a su trabajador de los servicios de GAIN antes de la fecha de vencimiento indicada anteriormente.

SECTION A: TO BE COMPLETED BY YOUR AGENCY or SCHOOL

| | | |
|--|---|---|
| Making Satisfactory Progress in Overall Program: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, explain: _____ _____ _____ _____ _____ | Print Name of Agency/School Official Completing Form: Title of Agency/School Official Completing Form: Telephone Number: Email: Fax Number: | Official Agency/School Stamp: |
| Meeting Attendance Standard: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Signature of Agency/School Official Completing Form: _____ | Date: _____ |

SECTION B: TO BE COMPLETED BY THE PARTICIPANT

- Si su escuela no tiene una oficina de asistencia monetaria (CalWORKs) disponible, adjunte su transcripción reciente o tarjeta de calificaciones a este reporte de progreso y entréguelo a su trabajador de servicios de GAIN antes de la fecha indicada anteriormente.
- Si su proveedor de servicios no puede completar este formulario y no tiene sus reciente transcripciones o tarjeta de progreso, llame a su trabajador de servicios de GAIN para hacer una cita para completar una declaración jurada de declaración temporal.

Entiendo que cualquier falsificación deliberada de la información anterior puede resultar en una sanción que puede reducir la cantidad de mi ayuda o hacer que yo no sea elegible para la asistencia monetaria. También autorizo la divulgación de la información anterior al Departamento de Servicios Sociales Públicos del Condado de Los Angeles, por el proveedor de servicios.

| | | |
|-------------------------|---------------------|--------|
| Firma del participante: | Número de teléfono: | Fecha: |
|-------------------------|---------------------|--------|

File: GPRF: Permanent