WELFARE TO WORK (WTW)

REGISTRO DE RECORRIDO EN MILLAS DE ACTIVIDADES DE WTW

Participante:
Número de Caso:
CES:
Actividad:

Mes y Año: _____

FECHA	DESDE (Dirección)	HASTA (Dirección)	MARQUE UNO		DISTANCIA DE MILLAS RECLAMADAS
			Un solo sentido	Ida y vuelta	

COMENTARIOS:

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Certifico bajo pena de perjurio que conduje las millas anotadas anteriormente para participar en WTW en los días anotados.

Administrador del caso/fecha: _____

Proveedor de viaje compartido/fecha: _____ Proveedor #: _____

Santa Barbara DSS
234 Camino Del Remedio
Santa Barbara CA 93110
(805) 681-4401

County Self Sufficiency Services
1444 S. Broadway
Santa Maria CA 93454
(805) 614-1265

County Self Sufficiency Services
1100 W. Laurel Ave.
Lompoc CA 93436
(805) 737-7016