

WELFARE TO WORK (WTW)

Fecha: _____
 Nombre: _____
 Nombre del Trabajador: _____
 Numero del Trabajador: _____

Mes: _____
 Actividad: _____
 Sitio: _____

CERTIFICACION DE PARTICIPACION

Favor de completar diariamente, firmar, poner fecha y regresar a su trabajador de WTW antes de:

Tiempo de Salon de Clase: Horas actuales que atendio la clase.

Tiempo de Estudio no Supervisado: Puede incluir 1 hora de estudio por cada hora de clase.

Tiempo de Estudio Supervisado: Horas actuales en salon de estudio verificadas.

Educacion

	Day of Month																															Total Hours	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Horas de Clase																																	
Horas de Estudio no Supervisadas																																	
Horas de Estudio Supervisadas																																	

Certifico que he asistido y participado en actividades del programa de WTW en cada uno de los dias que he senalado anteriiormente.

 Firma de Participante

 Fecha

 Firma de quien certifica (Trabajador de WTW)Certifying

 Fecha

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

1444 S Broadway
 Santa Maria, CA 93454
 (805) 346-7135

1100 W Laurel Avenue
 Lompoc, CA 93436
 (805) 737-7080