

## ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

Administración de Empleo - *Supplemental Nutrition Assistance Employment and Training Program*  
(Programa de Empleo y Capacitación para Asistencia Alimentaria Suplementaria (SNA E&T por sus siglas en inglés))

**INFORME DE ACTIVIDADES LABORALES**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE ( <i>apellido, nombre, S. I.</i> )		NÚM. DE ID. DE JAS.	<b>REPORTE PARA LA SEMANA QUE TERMINA EL VIERNES:</b>		
NOMBRE DEL ESPECIALISTA DE SNA E&T		NÚM. DE TELÉF. DEL ESPECIALISTA	NÚM. DE FAX DEL ESPECIALISTA	CORREO ELECTRÓNICO DEL ESPECIALISTA	

**HORAS DE PARTICIPACIÓN EN UNA ACTIVIDAD**

Escriba las horas de participación bajo cada día que corresponda. Si no participó, escriba uno de los siguientes:

A = AUSENTE (*Explique en los comentarios*) • N = NO PROGRAMADO • H = DÍA FESTIVO

*Nota: Se requier donde se indique, que se escriba el nombre en letra de molde, la firma y el teléfono de contacto del Monitor Oficial del Sitio de Actividad.*

Actividad	Sáb	Dom	Lun	Mar	Miér	Juev	Vier	Total	Nombre del Monitor Oficial del Sitio de Actividad	Firma del Monitor Oficial del Sitio de Actividad	Número de Teléfono
Búsqueda de trabajo*											
Capacitación de preparación para el trabajo											
Educación/Capacitación											
Tareas											
Experiencia laboral											
Empleo											
Otro (por favor especifique)											

\* *El registro de contactos con los empleadores para la búsqueda de trabajo TIENE QUE ENVIARSE CON ESTE FORMULARIO LLENO para verificar la participación por horas introducidas.*

**COMENTARIOS**

Al firmar abajo certifico que las horas de participación escritas son ciertas y correctas. Entiendo que los beneficios y los fondos que reciba pueden depender de mi participación en el programa E & T SNA. Se aplicarán sanciones si yo deliberadamente tergiverso esta información de participación. Entiendo que tengo que decirle a mi especialista de SNA E & T si recibo un subsidio para transportación de cualquier otra fuente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE DEL SNA E&T	FECHA	APROBACIÓN DEL ESPECIALISTA DE SNA E&T	FECHA
ESTE ESPACIO ES SOLO PARA EL USO DE SNA E&T		PAGO POR TRE:	IDENTIFICACIÓN DE LA TRANSACCIÓN:
			FECHA DE PROCESO:

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Servicios y ayudantes auxilios para personas con discapacidades están disponibles a petición. Esto significa por ejemplo que, si es necesario el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas, o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de su oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English at your local office or online.

**SECCIÓN DEL REGISTRO DE CONTACTOS CON EMPLEADORES DURANTE BÚSQUEDA DE TRABAJO**

Por favor llene toda la información de forma clara y completa. *Nota :Este formulario tiene que devolverse todas las semanas junto con el INFORME DE ACTIVIDADES LABORALES para verificar su búsqueda de trabajo y las horas de participación*

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (Apellido, nombre, S.I.)	NÚM. DE ID DE JAS.	PÁG. DE
--	--------------------	---------

NOMBRE DE ESPECIALISTA DE SNA E&T	Combine con el Informe de actividades laborales para la semana que termina el <b>VIERNES:</b>	<b>ESTE ESPACIO ES SOLO PARA EL PERSONAL DE SNA E&amp;T VERIFICADO</b>
-----------------------------------	---	--

FEC HA	TIPO DE CONTACTO	NOMBRE, DIRECCIÓN Y SITIO WEB DEL EMPLEADOR O UBICACIÓN DE FERIA DE TRABAJO O CLUB DE TRABAJO	TELÉF./FAX /CORREO ELECTRÓNICO	PUESTO(S) SOLICITADO(S)	RESULTADOS	TIEMPO UTILIZADO	
	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> En línea - hogar <input type="checkbox"/> En línea – Otro lugar <input type="checkbox"/> Centro de One-Stop <input type="checkbox"/> Feria de trabajo <input type="checkbox"/> Otro:				<input type="checkbox"/> Enviar solicitud o currículum <input type="checkbox"/> Entrevista <input type="checkbox"/> Llamada o correo electrónico de seguimiento <input type="checkbox"/> Otro:	Horas:      Min.:	
	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> En línea - hogar <input type="checkbox"/> En línea – Otro lugar <input type="checkbox"/> Centro de One-Stop <input type="checkbox"/> Feria de trabajo <input type="checkbox"/> Otro:				<input type="checkbox"/> Enviar solicitud o currículum <input type="checkbox"/> Entrevista <input type="checkbox"/> Llamada o correo electrónico de seguimiento <input type="checkbox"/> Otro:	Horas:      Min.:	
	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> En línea - hogar <input type="checkbox"/> En línea – Otro lugar <input type="checkbox"/> Centro de One-Stop <input type="checkbox"/> Feria de trabajo <input type="checkbox"/> Otro:				<input type="checkbox"/> Enviar solicitud o currículum <input type="checkbox"/> Entrevista <input type="checkbox"/> Llamada o correo electrónico de seguimiento <input type="checkbox"/> Otro:	Horas:      Min.:	
	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> En línea - hogar <input type="checkbox"/> En línea – Otro lugar <input type="checkbox"/> Centro de One-Stop <input type="checkbox"/> Feria de trabajo <input type="checkbox"/> Otro:				<input type="checkbox"/> Enviar solicitud o currículum <input type="checkbox"/> Entrevista <input type="checkbox"/> Llamada o correo electrónico de seguimiento <input type="checkbox"/> Otro:	Horas:      Min.:	
	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> En línea - hogar <input type="checkbox"/> En línea – Otro lugar <input type="checkbox"/> Centro de One-Stop <input type="checkbox"/> Feria de trabajo <input type="checkbox"/> Otro:				<input type="checkbox"/> Enviar solicitud o currículum <input type="checkbox"/> Entrevista <input type="checkbox"/> Llamada o correo electrónico de seguimiento <input type="checkbox"/> Otro:	Horas:      Min.:	

El especialista de SNA E & T me ha explicado cuidadosamente mis derechos y responsabilidades referente a la búsqueda de empleo y entiendo mis derechos y responsabilidades con respecto a búsqueda de empleo. Al firmar abajo, yo entiendo que la información es verdadera al mejor de mi conocimiento y habilidad; Además, entiendo que mi especialista de SNA E & T verificará la información en este formulario. Entiendo que es contra la ley que me falsifique esta información con fines de obtener beneficios del Departamento de Seguridad Económica (DES). Entiendo que si falsifico esta información con el fin de evitar la participación en el programa de E & T SNA, voy a ser descalificado/a y pueda perder todos o parte de mis Beneficios del Programa de SNA.

FIRMA DEL PARTICIPANTE DEL SNA E&T	FECHA	APROBACIÓN DEL ESPECIALISTA DE SNA E&T	FECHA
------------------------------------	-------	--	-------

Ve la 1ª. página para leer las declaraciones EOE/ADA/LEP/GINA.