

Estado de Georgia

**FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE TRABAJO
VOLUNTARIO DE ABAWD**

Departamento de Servicios para la Familia y los Niños del condado de _____

Nombre del cliente
N.º de ID del cliente

Nombre del administrador de caso
N.º de caso
N.º de teléfono del administrador del caso
N.º de fax del administrador del caso

PARTE I: Debe llenarla el administrador del caso para asignar el número de horas de actividad de trabajo requerido.

Workfare comparable:	Tipo de actividad laboral
Mes de participación:	Horas requeridas por mes: /

PARTE II: Debe completarla el personal de la organización local tras la finalización de las horas de actividad de trabajo.

Nombre de la organización	
Dirección de la organización	
N.º de teléfono de la organización	
Nombre del supervisor del voluntario	

La persona nombrada anteriormente está participando de manera satisfactoria *Sí* _____ *No* _____ (seleccione uno) y ha completado _____ horas en el mes de _____ / _____ (mes/año).

Nombre impreso del supervisor del voluntario

Firma del supervisor del voluntario/fecha

