

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
División de Servicios para Familias y Niños
HISTORIAL DE BÚSQUEDA LABORAL
 Departamento de Servicios para Familias y Niños del
 condado

Nombre del cliente
 Número de ID del cliente

Gestor del caso
 Teléfono del gestor del caso
 ID del trabajador

- Debe acudir a todas las citas programadas con su gestor de caso.
- Su próxima cita es el _____ en _____ Traiga este formulario con usted
completado, firmado y fechado.
- Debe completar este formulario y devolverlo a su gestor de caso antes de _____

Contacto con empleador	Contacto con empleador
Fecha de visita _____ Tipo de trabajo _____ En línea <input type="checkbox"/> Hora de inicio: : AM/PM Hora de finalización: : AM/PM Compañía: _ Dirección: _ Nombre y N° de tel. de la persona de contacto_ <hr/> Resultados: Solicitud presentada ___ Entrevistado ___ Contratado ___ No contratado <input type="checkbox"/>	Fecha de visita _____ Tipo de trabajo _____ En línea <input type="checkbox"/> Hora de inicio: : AM/PM Hora de finalización: : AM/PM Compañía: _ Dirección: _ Nombre y N° de tel. de la persona de contacto_ <hr/> Resultados: Solicitud presentada ___ Entrevistado ___ Contratado ___ No contratado
Fecha de visita _____ Tipo de trabajo _____ En línea _____ Hora de inicio: : AM/PM Hora de finalización: : AM/PM Compañía: _ Dirección: _ Nombre y N° de tel. de la persona de contacto_ <hr/> Resultados: Solicitud presentada ___ Entrevistado ___ Contratado ___ No contratado <input type="checkbox"/>	Fecha de visita _____ Tipo de trabajo _____ En línea <input type="checkbox"/> Hora de inicio: : AM/PM Hora de finalización: : AM/PM Compañía: _ Dirección: _ Nombre y N° de tel. de la persona de contacto_ <hr/> Resultados: Solicitud presentada ___ Entrevistado ___ Contratado ___ No contratado
Fecha de visita _____ Tipo de trabajo _____ En línea _____ Hora de inicio: : AM/PM Hora de finalización: : AM/PM Compañía: _ Dirección: _ Nombre y N° de tel. de la persona de contacto_ <hr/> Resultados: Solicitud presentada ___ Entrevistado ___ Contratado ___ No contratado <input type="checkbox"/>	Fecha de visita _____ Tipo de trabajo _____ En línea <input type="checkbox"/> Hora de inicio: : AM/PM Hora de finalización: : AM/PM Compañía: _ Dirección: _ Nombre y N° de tel. de la persona de contacto_ <hr/> Resultados: Solicitud presentada ___ Entrevistado ___ Contratado ___ No contratado <input type="checkbox"/>
Fecha de visita _____ Tipo de trabajo _____ En línea _____ Hora de inicio: : AM/PM Hora de finalización: : AM/PM Compañía: _ Dirección: _ Nombre y N° de tel. de la persona de contacto_ <hr/> Resultados: Solicitud presentada ___ Entrevistado ___ Contratado ___ No contratado	Fecha de visita _____ Tipo de trabajo _____ En línea _____ Hora de inicio: : AM/PM Hora de finalización: : AM/PM Compañía: _ Dirección: _ Nombre y N° de tel. de la persona de contacto_ <hr/> Resultados: Solicitud presentada ___ Entrevistado ___ Contratado ___ No contratado

Declaración del participante sobre Empleo a través del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés)/Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés):

Yo _____ he pasado un total de _____ horas buscando empleo en _____
Entiendo que el hecho de no completar los contactos requeridos con el empleador puede resultar en la denegación de mi solicitud o en la terminación/sanción de mi caso activo.

Fecha

Firma del participante

Solo para uso interno

Número total de horas de búsqueda de empleo

He verificado los contactos de _____ con los empleadores y he confirmado que las declaraciones de la Sra./el Sr. sobre sus esfuerzos en la búsqueda de empleo son precisos.

He verificado los contactos de _____ con los empleadores y he confirmado que las declaraciones de la Sra./el Sr. sobre sus esfuerzos en la búsqueda de empleo no son precisos.

Verificado por el gestor del caso: En persona Llamada telefónica Correo electrónico Fax Correo