

## ADMINISTRACIÓN DE INVERSIONES FAMILIARES VERIFICACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_

**Para verificar la participación en una actividad, este formulario debe ser llenado y firmado por el participante y el supervisor, y puede usarse para informes combinados de actividades.**

Participo en la actividad o las actividades enumeradas abajo.

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

|   |                                   |                  |                        |         |
|---|-----------------------------------|------------------|------------------------|---------|
| <b>1 Para ser llenado por el participante:</b> (complete para cada actividad voluntaria, educativa, de preparación laboral o laboral)   |                                   |                  |                        |         |
| Tipo de actividad: (marque una)   | Voluntaria                        | Educativa        | Preparación<br>laboral | Laboral |
| Nombre de la organización:  | Dirección:                        |                  |                        |         |
|   | Ciudad, estado,<br>código postal: |                  |                        |         |
| Nombre del supervisor:  |                                   |                  |                        |         |
| Teléfono del supervisor:  |                                   |                  |                        |         |
| <b>Para ser llenado por el supervisor:</b>  |                                   |                  |                        |         |
| ¿Cuáles son los horarios de participación de la persona por semana? (ejemplo: de 8:00 a. m. a 1:00 p. m./3 días por semana)   |                                   |                  |                        |         |
| Horarios:   |                                   | Días por semana: |                        |         |
| <p><b>Mi firma verifica que la información que he proporcionado es verdadera y correcta, y que la persona mencionada arriba participa actualmente durante la cantidad de horas y días informada por semana.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Firma del supervisor:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____</p> |                                   |                  |                        |         |

|  |                                   |                  |                        |         |
|--|-----------------------------------|------------------|------------------------|---------|
| <b>2 Para ser llenado por el participante:</b> (complete para cada actividad voluntaria, educativa, de preparación laboral o laboral)  |                                   |                  |                        |         |
| Tipo de actividad: (marque una)  | Voluntaria                        | Educativa        | Preparación<br>laboral | Laboral |
| Nombre de la organización:   | Dirección:                        |                  |                        |         |
|  | Ciudad, estado,<br>código postal: |                  |                        |         |
| Nombre del supervisor:   |                                   |                  |                        |         |
| Teléfono del supervisor:   |                                   |                  |                        |         |
| <b>Para ser llenado por el supervisor:</b>   |                                   |                  |                        |         |
| ¿Cuáles son los horarios de participación de la persona por semana? (ejemplo: de 8:00 a. m. a 1:00 p. m./3 días por semana)  |                                   |                  |                        |         |
| Horarios:  |                                   | Días por semana: |                        |         |
| <p><b>Mi firma verifica que la información que he presentado es verdadera y correcta, y que la persona mencionada arriba participa actualmente durante la cantidad de horas y días informada por semana.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Firma del supervisor:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____</p> |                                   |                  |                        |         |