Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

DONACIÓN DE TIEMPO (IN-KIND CONTRIBUTIONS)

AÑO FISCAL _____

RESUMEN DEL INFORME MENSUAL DE DONACIÓN DE TIEMPO

Centro: _____ **cantidad requerida:** _____

MES	VOLUNTARIO DE EDUCACIÓN	OTRO VOLUNTARIO	SERVICIOS	EQUIPO SUMINISTRADO	TRANSPORTE	MISCELANEO.	Total Mensual	Balance Acumulado
JULIO								
AGOSTO								
SEPTIEMBRE								
OCTUBRE								
NOVIEMBRE								
DICIEMBRE								
ENERO								
FEBRERO								
MARZO								
ABRIL								
MAYO								
JUNIO								
TOTALES								

Requisito Pendiente para año fiscal _____ : **$** _____

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

DONACIÓN DE TIEMPO (IN-KIND CONTRIBUTIONS)

RESUMEN DEL INFORME PARA DONACIÓN DE TIEMPO

AÑO FISCAL _____

Centro: _____

ORIGEN DE LA DONACIÓN	VOLUNTARIO EN EDUCACIÓN	OTRO VOLUNTARIO	SERVICIOS	EQUIPO SUMINISTRADO	TRANSPORTE	MISC.
TOTALES						

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

DONACIÓN DE TIEMPO (IN-KIND CONTRIBUTIONS)

DONACIÓN DE TIEMPO

Centro: _____ **Mes:** _____ **Año:** _____

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL VOLUNTARIO / DONANTE:

_____

_____

☐ Padre / Madre
☐ Anterior

Servicios Personales (horas)				
1			17	
2			18	
3			19	
4			20	
5			21	
6			22	
7			23	
8			24	
9			25	
10			26	
11			27	
12			28	
13			29	
14			30	
15			31	
16			Total	

Donaciones de Bienes o Espacio

Valor: $ _____

Describa: _____

_____

Cómo se Determina: _____

_____

INDIQUE SERVICIOS REALIZADOS

A. Administración /Junta:	
B. Médicos:	
C. Dentales:	
D. Salud Mental:	
E. Edución/Salón de Clase:	
F. Nutrición:	
G. Servicios Sociales :	
H. Participación de Padres :	
I. Transporte:	
J. Serv. para Discapacidos:	
K. Otro:	

TARIFA POR SERVICIOS

Básico (valor de agencia como trabajo): $ _____ / _____

Valor mayor debido a:

☐ Educación ☐ Experiencia ☐ Profesional

Otro: Descuento de asesor - (tarifa normal menos tarifa facturada):

[ ] Horas x [ ] Por Hora = [ ]

Distancia en Millas: _____ Millas x $ _____ = $ _____

Razón para el Viaje: _____

Cantidad de Donación Total: $ _____ **Tiempo del Voluntario:** _____ (horas)

_____ _____
(Firma del Personal) (Fecha)

_____ _____
(Firma del Personal) (Fecha)