Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

INFORME DE ACTIVIDAD DE SNAP

Nombre del Cliente: _____ FCRC: _____

Nombre del Caso, si es Diferente: _____ _____

Número del Caso: _____ _____

Este formulario es para verificar el tipo de actividad y las horas completadas para cumplir con una actividad de trabajo del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés). Complete el tipo y la descripción de la actividad realizada. Escriba la fecha junto con las horas de inicio y de finalización en que usted completó una actividad. Firme su nombre y escriba la fecha en el formulario. Entregue su formulario completo al representante de la organización para que complete el nombre de la organización, la firma y la fecha. **Usted** d**ebe devolver el formulario completado al Centro de Recursos para Familias y Comunidad (FCRC, por sus siglas en inglés).** Se requiere un (1) formulario por cada organización**.**

Tipo/descripción de la Actividad de Entrenamiento y Trabajo: _____

_____

_____

Fecha	Hora de Entrada	Hora de Salida	Total de Horas	Fecha	Hora de Entrada	Hora de Salida	Total de Horas

Firma del Cliente _____ Fecha: _____

Nombre de la Organización: _____

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre de Contaccto Autorizado: _____

Teléfono de Contacto Autorizado y/o la dirección del correo electrónico: _____