



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE RHODE ISLAND

Formulario combinado de informe de actividades ABAWD

Sección 1: Información del participante

Nombre: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de caso de RIBridges (si se conoce): _____ Correo electrónico (opcional): _____

Sección 2: Trabajo / Escuela / Formación / Registro de actividades de voluntariado

Este formulario, que debe proporcionarse a las agencias con las que trabaja y estar firmado por usted y el supervisor de la agencia como verificación de su participación, debe ser devuelto por usted en su solicitud, provisional o recertificación. Las horas de actividad que informe y verifique se contabilizarán para las 80 horas mensuales requeridas. Los cambios en esas horas deben comunicarse al Departamento de Servicios Humanos en un plazo de 10 días.

***Bajo pena de perjurio, doy fe de que toda la información contenida en este formulario es verdadera.
Entiendo que estoy infringiendo la ley si proporciono información falsa y que puedo ser sancionado en virtud de la legislación federal, estatal. o ambas.***

Tipo de actividad	Ubicación	Total de horas/mes	Firma del supervisor

(Puede adjuntar otra hoja para entradas adicionales)

Sección 3: Certificación

Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información contenida en este formulario es verdadero. Entiendo que estoy infringiendo la ley si proporciono información falsa y puedo ser castigado según la ley federal, estatal, o ambas.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Sección 4: Instrucciones para la presentación

Envíe el formulario completado y firmado a través de las siguientes vías:

- ◆ Por correo postal a RI Department of Human Services, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787;
- ◆ Entregue el formulario en persona o en una oficina de Drop Box Office que figure en <https://dhs.ri.gov/about-us/dhs-offices> ;
- ◆ Inicie sesión y cárguelo en su cuenta del Portal del Cliente en <http://www.healthyrhode.ri.gov> ; o
- ◆ Acceda a través de la aplicación móvil HealthyRhode en la App Store o Google Play

Si tiene alguna pregunta, llame al: 1-855-MY-RIDHS (1-855-697-4347)

Nota: Si está solicitando o renovando su certificación en este momento, puede enviar este formulario completado y firmado junto con su solicitud o documentos de renovación del DHS.