**Informe de seguimiento de 30, 60 y 90 días**

[ ]  **30 DÍAS** [ ]  **60 DÍAS** [ ]  **90 DÍAS**

Nombre del cliente:       Consejero:

Empleador/dirección:

Supervisor/Gerente:       Teléfono del trabajo:

Título del puesto:

Tarifa de pago:       Horas por semana:

Fecha de inicio:       Fecha de hoy:

**Explique cualquier cambio que se haya registrado en los últimos 30 días**:

[ ]  Aumento de categoría       [ ]  salarial:       [ ]  Ascenso recibido:

[ ]  Renuncia:       [ ]  Rescisión:       [ ]  Cambio de prestaciones:       [ ]  Otro:

Firma del cliente/representante: Fecha:

Firma del promotor laboral: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:

Firma del supervisor/empleador: Fecha:

**Se requiere un contacto constante**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha | Hora | Método | Habló/se reunió | Resultado |
|       |       | [ ]  Mensaje de texto/Correo electrónico[ ]  Teléfono[ ]  Visita al lugar de trabajo[ ]  Otros:       | [ ]  Empleador[ ]  Cliente [ ]  Otros:       |       |
|       |       | [ ]  Mensaje de texto/correo electrónico[ ]  Teléfono[ ]  Visita el lugar de trabajo[ ]  Otros:       | [ ]  Empleador[ ]  Cliente [ ]  Otros:       |       |
|       |       | [ ]  Mensaje de texto/correo electrónico:[ ]  Teléfono[ ]  Visita al lugar de trabajo[ ]  Otros:       | [ ]  Empleador[ ]  Cliente [ ]  Otros:       |       |
|       |       | [ ]  Mensaje de texto/correo electrónico[ ]  Teléfono[ ]  Visita al lugar de trabajo[ ]  Otros:       | [ ]  Empleador[ ]  Cliente [ ]  Otros:       |       |

**Enumere cualquier problema o preocupación que deba abordarse:**

Formulario y una copia de la nómina más reciente del cliente (si este formulario no está firmado por el empleador) que debe presentarse con cada factura para el pago del avance del empleo con éxito. Sírvase presentar el formulario completo al Consejero de Rehabilitación de referencia.