**Ulat sa Pagsubaybay Pagkatapos ng 30, 60, 90 Araw**

**30 ARAW**  **60 ARAW**  **90 ARAW**

Pangalan ng Kliyente:       Tagapayo:

Tagapag-empleyo / Address:

Superbisor/Tagapamahala:       Telepono sa Trabaho:

Pamagat ng Trabaho:

Rate ng Sahod:       Oras kada Linggo:

Petsa ng Pagsisimula:       Petsa Ngayon:

**Ipaliwanag ang anumang pagbabagong nangyari sa nakaraang 30 araw**:

Pagtaas ng Sahod        Iskedyul:        Nakatanggap ng Promosyon:

Nagbitiw:        Natanggal sa Trabaho:        Pagbabago sa Benepisyo:        Iba pa:

Lagda ng Kliyente / Kinatawan:       Petsa:

Lagda ng Developer ng Trabaho:       Petsa:

Lagda ng Superbisor / Employo:       Petsa:

**Kinakailangan ang Regular na Pakikipag-ugnayan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Petsa | Oras | Pamamaraan | Nakausap/Nakita | Resulta |
|  |  | Text/Email  Telepono  Pagbisita sa Trabaho  Iba pa: | Tagapag-empleyo  Kliyente  Iba pa: |  |
|  |  | Text/Email  Telepono  Pagbisita sa Trabaho  Iba pa: | Tagapag-empleyo  Kliyente  Iba pa: |  |
|  |  | Text/Email  Telepono  Pagbisita sa Trabaho  Iba pa: | Tagapag-empleyo  Kliyente  Iba pa: |  |
|  |  | Text/Email  Telepono  Pagbisita sa Trabaho  Iba pa: | Tagapag-empleyo  Kliyente  Iba pa: |  |

**Ilista ang anumang mga isyu o alalahanin na maaaring kailangang matugunan:**

Isumite ang form na ito at isang kopya ng pinakabagong payslip ng kliyente (kung ang form na ito ay hindi pirmado ng tagapag-empleyo) sa bawat pagsusumite ng billing para sa bayad kaugnay ng matagumpay na progreso sa trabaho. Mangyaring isumite ang kumpletong form sa nag-refer na Tagapayo sa Rehabilitasyon.