



**DISTRICT OF TIMISKAMING SOCIAL SERVICES ADMINISTRATION BOARD
COMMUNITY PLACEMENT MONTHLY PROGRESS REPORT**

Month: _____ Year: _____

Name of Participant: _____

Name of Organization: _____

Placement Job Title: _____

Organization Address: _____

Organization Contact: _____

Telephone #: _____ Fax #: _____

Has Participant attended the number of hours as per your agreement? Yes No

Please explain any variance: _____

Monthly Log Of Hours

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

Participant Performance Checklist

	Poor	Fair	Good		Poor	Fair	Good
Punctuality				Willingness			
Attendance				Attitude			
Dependability				Work Habits			
Appearance				Overall Performance			
Communication				General Progress			
Additional Comments:							

Participant Signature

Date

Placement Supervisor Signature

Date

Note This form MUST be submitted by the first week of every month. In the event of non-attendance or other issues, please contact the Employment Supports Unit at the Ontario Works office.**

P.O. Box 6006
290 Armstrong Street
New Liskeard, Ontario
P0J 1P0

Phone: (705) 647-7447
(800) 627-2944
Fax: (705) 647-5267

P.O. Box 310
29 Duncan Avenue North
Kirkland Lake, Ontario
P2N 3H7

Phone: (705) 567-9366
(888) 544-5555
Fax: (705) 567-9492



**CONSEIL D'ADMINISTRATION DES SERVICES SOCIAUX DU DISTRICT DE TIMISKAMING
RAPPORT D'ÉTAPE MENSUEL SUR LE STAGE EN MILIEU COMMUNAUTAIRE**

Mois: _____ Année: _____

Nom du participant: _____

Nom de l'organisme: _____

Titre du poste du stage: _____

Adresse de l'organisme: _____

Personne-ressource de l'organisme: _____

No de téléphone: _____ No de télécopieur: _____

Est-ce que le participant a effectué le nombre d'heures convenu dans l'entente? Oui Non

Veillez justifier l'écart, s'il y a lieu: _____

Registre mensuel des heures

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

Liste de vérification sur le rendement du participant

	Faible	Moyen	Bon		Faible	Moyen	Bon
Ponctualité				Volonté			
Présence				Attitude			
Fiabilité				Habitudes de travail			
Présentation				Rendement global			
Communication				Progrès général			
Commentaires additionnels :							

Signature du participant

Date

Signature du superviseur du stage

Date

Note Le présent formulaire DOIT être soumis la première semaine du mois, tous les mois. Si le participant ne se présentait pas au stage, ou pour tout autre problème, veuillez joindre l'unité des soutiens à l'emploi au bureau de l'Ontario au travail.**

C.P. 6006
290, rue Armstrong
New Liskeard (Ontario)
P0J 1P0
Téléphone: (705) 647-7447
1 800 627-2944
Télécopieur: (705) 647-5267

C.P. Box 310
29, ave Duncan Nord
Kirkland Lake (Ontario)
P2N 3H7
Téléphone: (705) 567-9366
1 888 544-5555
Télécopieur: (705) 567-9492