



**Channel Islands
Social Services**
Respite Care

Hoja de Registro Horario- Trabajador de Respiro 2017

4000 Calle Tecate, Suite 200, Camarillo, CA 93012

Teléfono: (805) 384-0983

Payroll Fax: (805) 299-0699

Correo Electronico: Payroll@IslandSocialServices.org

Pagina _____ de _____

Centro Regional (CR)

Respiro Elevado (ER)

Crianza/Parentesco

TIEMPO DE VIAJE SOLO PUEDE REGISTRARSE EN LA HOJA DE TIEMPO DE VIAJE Y ENTREGAR CON LA HOJA DE PAGO

Nombre del Trabajador: _____

Cuidado de Respiro Proveido a: _____

Número de Empleado: _____

Número de Teléfono: _____

NUEVO Domicilio o Correo Electronico: _____

Nombre y Apellido del Individuo

POR CONFIDENCIALIDAD, POR FAVOR NOMBRE UNA FAMILIA POR HOJA

Semana 1 - Fecha de Comienzo: _____ Fecha de Termino: _____ (USE SOLO FECHAS DE SEMANA 1- VEA CALENDARIO AL REVERSO)

Día de la Semana	Fecha (mm/dd/aa)	Hora de Comienzo (AM/PM)	Hora de Termino (AM/PM)	Total de horas	Millaje Redondo	Millaje Actividades	Descripción de Millaje de Actividades (max. 10 millas por día)	Firma del Padre/Guardian (Cada linea debe ser firmada - no iniciales)
Domingo								
Lunes								
Martes								
Miércoles								
Jueves								
Viernes								
Sabado								

Total Semana 1:

Trabajar mas de 40 horas por semana(todas familias combinadas) debe ser pre-aprobado por la oficina.

Semana 2 - Fecha de Comienzo: _____ Fecha de Termino: _____ (USE SOLO FECHAS DE SEMANA 2- VEA CALENDARIO AL REVERSO)

Día de la Semana	Fecha (mm/dd/aa)	Hora de Comienzo (AM/PM)	Hora de Termino (AM/PM)	Total de horas	Millaje Redondo	Millaje Actividades	Descripción de Millaje de Actividades (max. 10 millas por día)	Firma del Padre/Guardian (Cada linea debe ser firmada - no iniciales)
Domingo								
Lunes								
Martes								
Miércoles								
Jueves								
Viernes								
Sabado								

Total Semana 2:

Trabajar mas de 40 horas por semana(todas familias combinadas) debe ser pre-aprobado por la oficina.

Mi firma en esta hoja de pago certifica que he trabajado en todas las fechas escritas y horarios enumerados arriba.

Firma del Trabajador de Respiro: X

NOTAS:

For CISS Accounting Use Only:

Miles			Individual's Name	Mo/Yr	Excel	Hours #1	Hours #2	Miles	Hrs Logged	M/Y Ebill
Hourly Rate	# Hours	O/T								
Base Rate										
1 : 2 Sibs										
1 : 3 Sibs										
Travel Time										
Sick Pay										

Do NOT pay mileage until _____ Auto Insurance is upated _____ Driver's License is updated

Note Sent: _____

Comments: _____

Totals			
Regular Hours			
Overtime Hours			

PAY PERIOD # _____