



**Channel Islands
Social Services**
Respite Care

Hoja de Registro Horario- Trabajador de Respiro 2018

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 Terminó:** _____ (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 Terminó (AM/PM) | Total de horas | Millaje Redondo | Millaje Actividades | Descripción de Millaje de Actividades (max. 10 millas por día) o Comentarios | Firma del Padre/Guardian (Cada línea debe ser firmada - no iniciales) |
|------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|-----------------|---------------------|---|---|
| Domingo | | | | | | | | |
| Lunes | | | | | | | | |
| Martes | | | | | | | | |
| Miércoles | | | | | | | | |
| Jueves | | | | | | | | |
| Viernes | | | | | | | | |
| Sabado | | | | | | | | |
| Total Semana 1: | | | | | | | <i>Trabajar mas de 40 horas por semana(todas familias combinadas) debe ser pre-aprobado por la oficina.</i> | |

Semana 2 - Fecha de Comienzo: _____ **Fecha de Terminó:** _____ (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 Terminó (AM/PM) | Total de horas | Millaje Redondo | Millaje Actividades | Descripción de Millaje de Actividades (max. 10 millas por día) o Comentarios | Firma del Padre/Guardian (Cada línea debe ser firmada - no iniciales) |
|------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|-----------------|---------------------|---|---|
| Domingo | | | | | | | | |
| Lunes | | | | | | | | |
| Martes | | | | | | | | |
| Miércoles | | | | | | | | |
| Jueves | | | | | | | | |
| Viernes | | | | | | | | |
| Sabado | | | | | | | | |
| Total Semana 2: | | | | | | | <i>Trabajar mas de 40 horas por semana(todas familias combinadas) debe ser pre-aprobado por la oficina.</i> | |

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 # _____