



Hoja de Registro Horario - Trabajador de Respiro 2019

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: _____

(LETRA DE MOLDE)

Número de Empleado: _____

Número de Teléfono: _____

Nombre y Apellido del Individuo

NUEVO Domicilio o Correo Electronico: _____

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 (Circule AM o PM)	Hora de Terminó (Circule AM o 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		AM PM	AM PM					
Lunes		AM PM	AM PM					
Martes		AM PM	AM PM					
Miércoles		AM PM	AM PM					
Jueves		AM PM	AM PM					
Viernes		AM PM	AM PM					
Sabado		AM PM	AM PM					
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 (Circule AM o PM)	Hora de Terminó (Circule AM o 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		AM PM	AM PM					
Lunes		AM PM	AM PM					
Martes		AM PM	AM PM					
Miércoles		AM PM	AM PM					
Jueves		AM PM	AM PM					
Viernes		AM PM	AM PM					
Sabado		AM PM	AM PM					
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	OT								
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			

PERIODO DE PAGO # _____