Hoja de Registro Horario - Trabajador de Respiro 2012

900 Calle Plano, Suite K, Camarillo, CA 93012
Telefóno: (805) 384-0983
Fax: (805)384-0986 or (805)299-0699
Correo Electronico: Payroll@IslandSocialServices.org

Las hojas FIRMADAS tienen que ser sometidas durante los 30 días de proveer servicios
Envíe por correo el viernes, o Fax antes del lunes a las 5pm (vea el calendario atras)

☐ **Centro Regional** ☐ **Crianza/Parentesco**

Nombre del Trabajador: _____

Numero de Telefóno: _____

PARA CONFIDENCIALIDAD, POR FAVOR NOMBRE UNA FAMILIA POR HOJA

Mueva las horas al cuarto de hora mas cercano y el millaje a la milla mas cercana.
** El Millaje Redondo es entre su hogar y el de la familia.*
*** El Millaje de Actividades son tomadas para llevar al individuo a actividades locales limitado a un maximo de 10 millas por dia*

☐ **Nuevo Domicilio o Correo Electronico:** _____ ☐ **Por favor llamenme para mi nueva disponibilidad**

Día de la Semana	Fecha (mm/dd/aa)	Hora de Comienzo (AM/PM)	Hora de Termino (AM/PM)	Total de Horas	Millaje Redondo *	Millaje de Actividades **	Descripción de Millaje de Actividades (max. 10 millas por dia)	Nombre Completo del Individuo	Firma del Padre/Guardian *(Cada linea debe ser firmada - no iniciales)*
TOTAL DE LA HOJA:									

Mi firma en esta hoja de pago verifica que he tomado todos los periodos de descanso y comida requeridos, mi posicion esta clasificada bajo orden de sueldo 15 y he notificado a la oficina de cualquier lesion relacionada con mi trabajo o sospecha de abuso o negligencia.

Firma del Trabajador de Respiro: _____

NOTAS:

For CISS Accounting Use Only:

$0.50/mile =		Individual's Name	Mo/Yr	Hours	Subcode	Miles	Hrs Logged	Gems/PV	M/Y Ebill	M/Y Supp
Hourly Rate	# Hours									
Base Rate										
1 : 2 Sibs										
1 : 3 Sibs										
Other										

Do NOT pay mileage until _____ Auto Insurance is upated _____ Driver's License is updated ☐ **Note Sent** **Comments:** _____