



**Hoja de Tiempo - Trabajador de Respiro 2020**  
 4000 Calle Tecate, Suite 200, Camarillo, CA 93012  
 Teléfono: (805) 384-0983 Para reportar día de enfermedad: Ext. 2  
 Payroll Fax: (805) 299-0699  
 Correo Electronico: [Payroll@IslandSocialServices.org](mailto:Payroll@IslandSocialServices.org)

Página \_\_\_\_\_ 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:** \_\_\_\_\_  
 (LETRA DE MOLDE)

**Número de Empleado:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_  
 NUEVO Domicilio o Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**Cuidado de Respiro Proveido a:** \_\_\_\_\_

**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 (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					
<b>Total Semana 1</b>							<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					
<b>Total Semana 2</b>							<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: \_\_\_\_\_

<b>Totals</b>				
<b>Regular Hours</b>				
<b>Overtime Hours</b>				

PERIODO DE PAGO # \_\_\_\_\_