



# CLASSIFIED TIME REPORT

Pay Period Ending \_\_\_\_\_  
Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_Employee ID # \_\_\_\_\_ School/Site \_\_\_\_\_  
Required on all timesheets (found on Check/Direct Deposit Advice)1936 Carlotta Dr., Wing B  
Concord, CA 94519  
(925) 682-8000, ext. 4201

Name (Last) \_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_ (Middle Initial) \_\_\_\_\_ Job Title \_\_\_\_\_

**(PLEASE PRINT ALL INFORMATION)**  CHECK box if employee is NOT a full time employee.**PLEASE SUBMIT TO PROGRAM MANAGER/SITE ADMINISTRATOR BY THE END OF PAY PERIOD.**

DATE	AM HOURS		PM		TOTAL HOURS		SUBSTITUTED FOR / REASON (Such as Differential Pay)	JOB NO.	SITE/EXPENSE CODE	APPROVAL
	FROM	TO	FROM	TO	REG	OT				
21	:	:	:	:						
22	:	:	:	:						
23	:	:	:	:						
24	:	:	:	:						
25	:	:	:	:						
26	:	:	:	:						
27	:	:	:	:						
28	:	:	:	:						
29	:	:	:	:						
30	:	:	:	:						
31	:	:	:	:						
1	:	:	:	:						
2	:	:	:	:						
3	:	:	:	:						
4	:	:	:	:						
5	:	:	:	:						
6	:	:	:	:						
7	:	:	:	:						
8	:	:	:	:						
9	:	:	:	:						
10	:	:	:	:						
11	:	:	:	:						
12	:	:	:	:						
13	:	:	:	:						
14	:	:	:	:						
15	:	:	:	:						
16	:	:	:	:						
17	:	:	:	:						
18	:	:	:	:						
19	:	:	:	:						
20	:	:	:	:						

HOURS WORKED	EMPLOYEE'S SIGNATURE _____	DATE _____
--------------	----------------------------	------------

**THIS TIME REPORT MUST BE IN PAYROLL DEPT. BY THE 21<sup>ST</sup> OF THE MONTH TO BE PAID.**

APPROVED BY PRINCIPAL/SUPERVISOR _____	DATE _____
APPROVED BY COORDINATOR _____	DATE _____

Time	Hour Code	Rate of Pay	Expense Code