



# HOME TEACHER'S TIME REPORT

Employee ID # \_\_\_\_\_ Pay Period Ending \_\_\_\_\_  
Required on all timesheets (found on Check/Direct Deposit Advice) Month Year

1936 Carlotta Dr., Wing B  
 Concord, CA 94519  
 (925) 682-8000, ext. 4201

Name \_\_\_\_\_  
(Last) (First) (Middle Initial)  
 (PLEASE PRINT ALL INFORMATION)

**PLEASE SUBMIT TO HOME & HOSPITAL OFFICE BY THE 21st OF THE MONTH.**

DATE	HOURS				TOTAL IN MINUTES	NAME OF CHILD	PARENT'S OR GUARDIAN'S SIGNATURE
	AM FROM	AM TO	PM FROM	PM TO			
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	:	:	:	:			

TOTAL MINUTES \_\_\_\_\_ MINUTES ÷ 60 = \_\_\_\_\_ HOURS

<b>THIS TIME REPORT MUST BE IN PAYROLL DEPT. BY THE 21<sup>ST</sup> OF THE MONTH TO BE PAID.</b>	EMPLOYEE'S SIGNATURE _____	DATE _____
	APPROVED BY COORDINATOR _____	DATE _____

Time	Hour Code	Rate of Pay	Expense Code
	3600	25.00	090.0070.10.1100