



CUSTODIAL TIME REPORT

EXTRA WORK

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) _____

(PLEASE PRINT ALL INFORMATION)

CHECK box if employee is NOT a full time employee.

PLEASE SUBMIT TO THE CUSTODIAL OFFICE BY THE END OF PAY PERIOD.

DATE	AM		HOURS		PM		TOTAL HOURS		CALL BACK REASON	USE PERMIT NUMBER EVENT	TEMP PROMOTION POSITION/NAME
	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 CUSTODIAL OFFICE BY THE 21ST OF THE MONTH TO BE PAID.

APPROVED BY HEAD CUSTODIAN

DATE

APPROVED BY CUSTODIAL SUPERVISOR

DATE

Time	Hour Code	Rate of Pay	Expense Code
	3691		000.5230.56.2210
	3691		000.2910.56.2210
	3600		_____._____.56.2200
	3691		_____.7717.58.2210
	3691		_____.7717.58.2210