



CLASSIFIED TIME REPORT ADDITIONAL PAY

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	HOURS				TOTAL HOURS		REASON	SITE/EXPENSE CODE	APPROVAL
	AM FROM	AM TO	PM FROM	PM 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 21ST OF THE MONTH TO BE PAID.		APPROVED BY PRINCIPAL/SUPERVISOR	DATE
		APPROVED BY COORDINATOR	DATE

Time	Hour Code	Rate of Pay	Expense Code