Channel Islands Social Services
Respite Care

Hoja de Registro Horario - Trabajador de Respiro 2010

900 Calle Plano, Ste K, Camarillo, CA 93012
Telefóno (805) 384-0983 Fax :(805) 384-0986

Las hojas FIRMADAS tienen que ser sometidas durante los 30 días de proveer servicios
Envíe por correo el viernes, o Fax antes del lunes a las 5pm (vea el calendario atras)

Nombre del Trabajador: _____

Numero de Telefóno: _____

Solo marque información NUEVA abajo

Nuevo Domicilio: _____

Nueva Ciudad, Codigo Postal: _____

Nuevo Correo Electronico: _____

PARA CONFIDENCIALIDAD, POR FAVOR NOMBRE UNA FAMILIA POR HOJA
Mueva las horas al cuarto de hora mas cercano y el millaje a la milla mas cercana.
** El Millaje Redondo es entre su hogar y el de la familia.*
*** El Millaje de Actividades son tomadas para llevar al individuo a actividades locales limitado a un maximo de 10 millas por dia*

☐ **Por favor llamenme para mi nueva disponibilidad**

Día de la Semana	Fecha (mm/dd/aa)	Hora de Comienzo (AM/PM)	Hora de Termino (AM/PM)	Total de Horas	Millaje Redondo *	Millaje de Actividades **	Descripción de Millaje de Actividades (max. 10 millas por dia)	Nombre Completo del Individuo	Firma del Padre/Guardian *(Cada linea debe ser firmada - no iniciales)*
TOTAL DE LA HOJA:									

Mi firma en esta hoja de pago verifica que he tomado todos los periodos de descanso y comida requeridos, mi posicion esta clasificada bajo orden de sueldo 15 y he notificado a la oficina de cualquier lesion relacionada con mi trabajo o sospecha de abuso o negligencia.

Firma del Trabajador de Respiro: _____

NOTAS:

For CISS Accounting Use Only:

$0.45/mile =		Individual's Name (OR SEE PAGE _____)	Mo/Yr	Hours	Subcode	Hrs Logged	Miles	M/Y Ebill	M/Y Supp
Hourly Rate	# Hours								
Base Rate									
1 : 2 Sibs									
1 : 3 Sibs									
Other									

Do NOT pay mileage until _____ Auto Insurance is upated _____ Driver's License is updated ☐ **Note Sent** **Comments:** _____