



CLASSIFIED TIME REPORT

Pay Period Ending _____
 Month _____ Year _____

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

Employee ID # _____ School/Site _____
 Required on all timesheets (found on Check/Direct Deposit Advice)

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)	CONFIRMATION NUMBER	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 21ST OF THE MONTH TO BE PAID.

APPROVED BY PRINCIPAL/SUPERVISOR	DATE
APPROVED BY COORDINATOR	DATE

Time	Hour Code	Rate of Pay	Expense Code