



NOON SUPERVISOR SUBSTITUTE TIME REPORT

Pay Period Ending _____
Month _____ Year _____

Employee ID # _____
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) _____ School/Site _____

(PLEASE PRINT ALL INFORMATION)

PLEASE SUBMIT TO SITE ADMINISTRATOR BY THE 21st OF THE MONTH.

DATE	AM		PM		TOTAL IN MINUTES	JOB NUMBER	LOCATION/ APPROVAL SIGNATURE
	FROM	TO	FROM	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	:	:	:	:			

**THIS TIME REPORT MUST BE IN PAYROLL DEPT.
BY THE 21ST OF THE MONTH TO BE PAID.**

TOTAL MINUTES: _____ ÷ 60 = _____ HOURS

EMPLOYEE'S SIGNATURE _____	DATE _____
APPROVED BY ADMINISTRATOR _____	DATE _____

Time	Hour Code	Rate of Pay	Expense Code
	3595		01.0000.1110.1000.505.40000.500.006.2950