



CLASSIFIED TIME REPORT - SUB ONLY

(SEA-SPECIAL EDUCATION ASSISTANT)

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)

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	INDICATE		SITE/EXPENSE CODE	APPROVAL
	FROM	TO	FROM	TO	REG	OT			SEA I, SEA II or IEP	SDC, RS, DIS or MHC		
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 _____
TIMESHEET MUST BE SUBMITTED TO THE SPECIAL ED. OFFICE BY THE 21ST OF THE MONTH.			APPROVED BY PRINCIPAL/SUPERVISOR _____	DATE _____
			APPROVED BY COORDINATOR _____	DATE _____

Time	Hour Code	Rate of Pay	Expense Code