



NURSE ADDITIONAL PAY/VACANCY COVERAGE @ 45.36 / HOUR

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

Pay Period Ending _____
 Month _____ Year _____

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 PROGRAM MANAGER/SITE ADMINISTRATOR BY THE END OF PAY PERIOD.

DATE	AM		PM		TOTAL HOURS	SUBSTITUTED FOR / REASON	JOB NO.	APPROVAL
	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	:	:	:	:	:			

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