



# NURSE ADDITIONAL PAY @ PER DIEM RATE

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 21<sup>ST</sup> OF THE MONTH TO BE PAID.**

APPROVED BY PRINCIPAL/SUPERVISOR	DATE
APPROVED BY COORDINATOR	DATE

Time	Hour Code	Rate of Pay	Expense Code