MENTAL HEALTH CLINICAL SPECIALIST

Pay Period Ending _____
Month Year

Employee ID # _____ School/Site _____
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) Job Title

(PLEASE PRINT ALL INFORMATION)

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

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

APPROVED BY PRINCIPAL/SUPERVISOR DATE

APPROVED BY COORDINATOR DATE

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

Time	Hour Code	Rate of Pay	Expense Code

FIS: AC 1/2026