Page______of _______

SPECIAL ED

MT. DIABLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT

HOME TEACHER'S REPORT OF SERVICE

PLEASE PRINT EMPLOYEE ID NUMBER ______________________________

NAME: (Last) (First) ______________________________

PAY PERIOD ENDING: ______________________

Payroll period ends on the 20th of the month. Turn in to Home & Hospital office by 3:00 p.m. on the 21st.

MONTH	DATE	FROM	TO	TOTAL IN MINUTES	NAME OF STUDENT	In-Person Parent Signature or note if No Show, Training, Prep, etc.
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
		:	:			
					TOTAL MINUTES	

EMPLOYEE'S SIGNATURE DATE

APPROVED BY COORDINATOR DATE

______________ MIN. ÷ 60 =______________hours

PAYROLL USE ONLY

Hour Code	Description	Time	Rate of Pay	Expense Code
				SPECIAL ED
				01-6500- 5760- 1130-18170000-490-032-1190

10/29/25