

Respite, Inc.

Information provided on a timesheet must be legible, complete and correct to ensure proper processing and payment.

date: MM/DD/YY the timesheet was completed

payroll #: The four-digit number assigned when the worker was entered in the payroll system

respite worker name: Print the name of the person as s/he is paid for providing respite

mailing address: The address where the respite worker wants his/her check mailed

▶ Please check the box next to NEW if there's been an address change

contact phone number: The respite worker's phone number · *email address:* The respite worker's email

Date: MM/DD/YY respite was provided Start: Time - a.m. or p.m. End: Time - a.m. or p.m.

Hours: The number of hours between Start and End (each 15 minutes = .25 hours)

Miles: [with mileage authorization] to ↔ from worker's residence (transportation of client is prohibited)

UCI: The seven-digit Unique Client Identifier number assigned by the CA Regional Center system

Client/Child: Print the first and last names of the TCRC client.

Parent/Guardian Signature: Person authorized to verify respite was provided on date(s) and time(s) shown

Worker's Signature: The person who provided respite, under penalty of perjury

Total Hours: The number of hours for the "Hours" column

Total Miles: The number of miles from the "Miles" column

To send by email: scan (no pictures) and send as a .pdf attachment to: timesheets@respiteinc.com

See current payroll schedule for pay periods, deadlines and paydays.

Please do not write in the area marked - - - - FOR OFFICE USE ONLY - - - -

La información contenida en esta hoja debe estar legible y correcta, para asegurar el proceso y pago apropiado.

Nombre del trabajador de respiro: Imprima el nombre de la persona al que se le pagará por proveer

Numero de planilla: El número de cuatro dígitos asignado al trabajador cuando entro al sistema de pago.

Dirección: La dirección donde el trabajador de respiro desea su cheque enviado

▶ Por favor marque la caja al lado de NUEVA si ha habido un cambio de dirección

Fecha: Mes/Día/Año en que se completó la hoja

Número de teléfono del contacto: El número de teléfono del trabajador de respiro

Correo electrónico: El correo electrónico del trabajador del respiro

Fecha/ Horas: El Mes/Día/Año en que el respiro fue proveído, y hora que comienzo y hora del fin de servicios.

Horas: las horas trabajadas deben ser en incrementos de 15 minutos.

Millas: [cuando existe autorización] Viaje de ida y vuelta desde la casa del trabajador/a

~ el transporte de clientes no se permite ~

UCI#: Número de siete dígitos asignado al cliente por el Centro Regional de los Tres Condados.

Cliente/niño: Escriba el nombre y apellido del cliente de TCRC.

Firma del padre/custodio de cliente y del trabajador de respiro

Horas totales: La cantidad de horas para la columna de las "horas"

Millas totales: La cantidad de millas de la columna de las "millas"

Para enviar una hoja de tiempo por correo electrónico, escanee (no una foto) a: timesheets@respiteinc.com

Fechas de pago, períodos de pago, fecha límite: Vea el calendario de planilla

Por favor no escriba en el área marcada ~ PARA EL USO de la OFICINA SOLAMENTE - - - -

Paso Robles office
419 15th Street
Paso Robles, CA 93446

Mailing Address
P O Box 3380
Paso Robles, CA 93447

Santa Barbara office
5276 Hollister Ave. #402
Santa Barbara, CA 93111