

# ***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) in B&W and send as a .pdf attachment to: timesheets@respiteinc.com

~ make sure to include the client's UCI number in the Subject line

See current payroll schedule for the end of the pay periods, submission 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

~ incluir el número de UCI en la línea del asunto

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  
1924 Spring Street  
Paso Robles, CA 93446

Mailing Address  
P O Box 3380  
Paso Robles, CA 93447

Toll-Free  
fax: 1-855-535-6722  
phone: 1-855-741-4722

Santa Barbara office  
5266 Hollister Ave #313  
Santa Barbara, CA 93111