Bay Respite Care

Self-Service Respite Timesheet

Hojas de tiempo para Servicio Independiente

Mail to or drop off at/*Enviar o dejar en:*
201 Georgia Street
Vallejo, CA 94590
(707)644-4491 www.BayRespiteCare.org

Dual ☐ ✓'d ☐ **Revised 4-2014**

Client Name/*Nombre del Cliente*:
(please print/*en lettre de molde*)

UCI: office use only

Client City/*Ciudad del Cliente*:

♥ **If you fax or scan, you MUST mail the original ASAP!!** Fax: 707-644-1318; Scan & Email: Timesheets@BayRespiteCare.org
♥ **Use blue or black ink only.** *Use solamente tinta azul o negra.*
♥ **Round minutes to the nearest quarter hour.** *Redondear los minutos al cuarto de hora mas cercana.*

RCP Name/*Nombre del Trabajador*:
(please print/*en lettre de molde*)

RCP Signature/*Firma del Trabajador*:

Office use only ↓	Service Date: *Fecha:*	Start Time: *Hora de Empezar:*	End Time: *Hora de Terminar:*	Total Hours: *Total de Horas:*	Parent/Authorized Signature:* *Firma del Padre o Autorizado/a:**
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		
	/ /	am/pm	am/pm		

Office use only/*Para uso la oficina*:
☐ NBRC ☐ RCEB
☐ 2 cl ☐ 3 cl
☐ BB ☐ NPP

Total:

***My signature certifies that the hours shown are correct and respite met the terms and conditions set forth in the Family Handbook.**
***Mi firma certifica que las horas anotadas están correctas y el respire muestra los términos y condiciones en el manual de servicio.*

♥Timesheets must be **in the office** by the 1st and 16th (by 5pm) of each month in order to be paid by the pay dates listed on "Payday Schedule".
♥*Las hojas de tiempo tiene que estar **en la oficina** el 1 y 16 (antes 5pm) de cada mes para ser pagadas en la fecha escrita en al "Horario de Días de Pagos".*

Date Received:

☐**Employee new address/ *La dirección nuevo del trabajador*:**

_____

_____