

Provider #	002000002	Type	
Provider Name	TEST, JANE	IHSS	
Recipient Case #	07 - 0281021	Remaining Hrs	43:48
Recipient Name	OSULLIVAN, DOLORES E		

Fill in time for each day worked.
 Anote el tiempo para cada día en que haya trabajado.
 Լրացրո՞ղ ամիս օրվա աշխատած օրերը
 填寫每日工作的時數

Days of the Month	HOURS	MINUTES
1st		
2nd		
3rd		
4th		
5th		
6th		
7th		
8th		
9th		
10th		
11th		
12th		
13th		
14th		
15th		
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Timesheet # 3368
 Pay Period - 10/01/2012 to 10/15/2012

DO NOT FOLD TIMESHEET

"Pay based on daily hours"
 "Pago basado en las horas diarias"
 "Հարկարկայքը ըստ օրվա աշխատածուրի"
 "款項將會依據每日的時數"

Cut along dotted line ✂
 Cut and Remove Before Mailing

ENFRENTÉ

I declare that the information on this timesheet is true and correct. I understand that any false claim may be prosecuted under Federal and State laws and that if convicted of fraud, I may also be subject to civil penalties.

Declaro que la información en este reporte de horas trabajadas es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier declaración falsa puede ser enjuiciada bajo las leyes federales y estatales y que si me condenan de fraude, es posible que también esté sujeto a sanciones civiles.

Ես հայտարարում եմ, որ այս հաշվեցուցակում ներկայացված տեղեկությունը ճշմարիտ և ճշգրիտ է: Ես հասկանում եմ, որ յուրաքանչյուր կենց հայտարարություն կարող է հետապնդվել դատական կարգով Դաշնային և Նահանգային օրենքերի համաձայն, և, եթե ես դատապարտվեմ խաբարխաբության համար, ապա ես կարող եմ նաև ենթարկվել քաղաքացիական և քրեական պատժամիջոցների:

我聲明在這時間表的資料是真實和正確的。我明白任何偽造的申請會被聯邦和州法律所檢控，而且如果詐騙罪名成立，我可能也將受到民事處罰。

Mail Detached Timesheet To: IHSS Timesheet Processing Facility, P.O. BOX 2380, Chico, CA 95927-2380

Cut along dotted line ✂
 Cut and Remove Before Mailing

ATRAS

RECIPIENT Signature	Date	PROVIDER Signature	Date
---------------------	------	--------------------	------

Instrucciones Importantes

1. La persona quien usted trabaja es el/la recipiente y es su empleador/a.
2. Usted es referido como el **proveedor/a** y usted es el/la **empleado/a** del recipiente.
3. Esta tarjeta de tiempo es solamente para un periodo de pago e incluye esos dias que usted haya trabajado para el recipiente. Su empleador/a puede que tenga otros proveedores trabajando pare el/ella.
4. Es la responsabilidad de el/la empleador/a decirle cuantas horas usted puede trabajar durante ese periodo de pago y cuales dias puede trabajar.
5. Está seguro que los **dos** usted y su empleador/a hayan **firmado** y **fechado** la tarjeta de tiempo.
6. Al último de cada periodo, **sin demorar corte y regrese la tarjeta de tiempo debajo de estas instrucciones a la instalación de procesamiento de las tarjetas de tiempo para IHSS.**
7. Envie la tarjeta de tiempo en el sobre de devolución incluida con la tarjeta de tiempo.

Como llenar su tarjeta de tiempo

1. Entre las **horas** y **minutos** trabajadas en las casillas junto a la fecha que usted trabajó.
2. **Sóloamente** use tinta negra.
3. **No** escriba en su tarjeta de tiempo excepto las horas, minutos, firma y fecha en las casillas.
4. El programa de IHSS **no** le pagará más de de las horas autorizadas.
5. El pago sera basado en sus horas diarias.
6. **No** borre o use corrector blanco en la tarjeta de tiempo.
7. **Esté seguro** que los dos el recipiente y el/la proveedor/a hayan **firmado** y **fechado** atrás de la tarjeta de tiempo.
8. **No** doble la tarjeta de tiempo.

Registre sus horas diarias y minutos como estas muestras:

	Horas	Minutos
No Trabajo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 horas 30 minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 horas 45 minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10 horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiempo Completo	<input type="text"/>	<input type="text"/>