FLSA PAQUETE DE ENTRENAMIENTO PARA TARJETAS DE TIEMPO

TARJETAS DE TIEMPO DEBEN SER ENVIADAS CON ESTAMPILLA CORRECTA A:

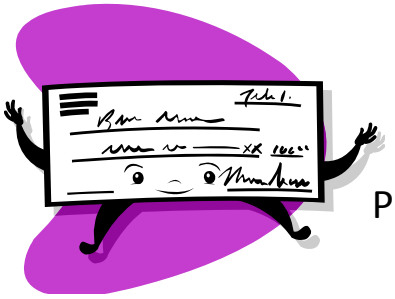
Tarjetas Sin Tiempo de Viaje (Linea negra en el sobre) Dirección:
PO Box 272862
Chico, CA 95927-2862

Tarjeta con Tiempo de Viaje y formulario de Reclamo de Viajes (Linea Roja en el sobre) Dirección:
PO Box 272863
Chico, CA 95927-2863

Enlace para ver video de Entramiento para Tarjetas de Tiempo
www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/Pg1814.htm

Sitio Web Del Estado:
www.cdss.ca.gov/agedblinddisabled/PG1788.htm

Preguntas sobre su Cheque? Por favor llame a la
Linea directa de Servicio al Cliente Condado de San Bernardino
1-800-722-4595
Abierto: 9:00 – 5:00 pm



Preguntas sobre Deposito Directo llame a:
1-866-376-7066

NO LLAME PARA VERIFICAR EL ESTADO DE HORAS O CHEQUE DE PAGO HASTA DENTRO DE 10 DIAS HABILES A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA TARJETA DE TIEMPO SE LE ENVIO.

Visite el **DAAS** http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/default.aspx o **PA** http://hss.sbcounty.gov/pa/RegistryServices/default.htm sitio web para asistencia adicional sobre tarjetas de tiempo y formularios.

IHSS CONSEJOS SOBRE TARJETAS DE TIEMPO – OBTENGA SU DINERO RAPIDO

- NO exceda 7 horas semanales en tiempo de viaje
- NO exceda sus horas semanales autorizadas por su cliente
- NO use corrector blanco
- NO escriba mas de un numero por casilla
- NO agregue ni engrape nada a su tarjeta de tiempo
- NO tachar o escribir sobre ceros pre-impresos
- NO incluya documentos extra, aparte de la forma de reclamo de viajes
- NO doblar o alterar la tarjeta de tiempo
- NO excriba en cualquier lugar de la tarjeta de tiempo, excepto en las cajas donde debe firmar y escribir las horas. Las casillas de tiempo son solo para numeros
- No reclame todas sus horas en la primer quincena.
- NO envie por correo la tarjeta de tiempo antes del periodo de pago

- La semana laboral esta definida de Domingo, 12:00 AM a Sabado, 11:59 PM
- Tiempo de viaje esta documentado en la tarjeta de tiempo para el cliente donde usted viaja.
- Tartajetas de tiempo deben ser sometidas dentro 2 semanas del ultimo dia del periodo de pago para ser procesadas a tiempo.
- Tarjetas de tiempo deben ser firmadas y fechadas por usted y el cliente.
- Si comete un error al escribir el numero en la casilla, haga una linea diagonal a traves de la casilla y escriba el numero correcto en una esquina de la caja.

HACER:

- Escriba claro y legible
- Escriba con TINTA NEGRA solamente
- Introduzca las horas y minutos trabajados en las casillas junto a la fecha trabajada
- Escriba con firmeza para que los números y la firma en su tarjeta de tiempo puedan ser adecuadamente revisados y escaneados
- Asegúrese de que su dirección este escrita en la esquina superior izquierda del sobre e incluya estampilla
- Póngase en contacto con su oficina local si usted tiene un cambio de horario antes de enviar su tarjeta de tiempo

Tabla de Conversion: Decimales a Minutos

Horas Autorizadas divididas por 4.33 = Horas Semanales

Decimal	Min Redondos		Decimal	Min Redondos		Decimal	Min Redondos
0.00	0		0.35	21		0.70	42
0.01	1		0.36	22		0.71	43
0.02	1		0.37	22		0.72	43
0.03	2		0.38	23		0.73	44
0.04	2		0.39	23		0.74	44
0.05	3		0.40	24		0.75	45
0.06	4		0.41	25		0.76	46
0.07	4		0.42	25		0.77	46
0.08	5		0.43	26		0.78	47
0.09	5		0.44	26		0.79	47
0.10	6		0.45	27		0.80	48
0.11	7		0.46	28		0.81	49
0.12	7		0.47	28		0.82	49
0.13	8		0.48	29		0.83	50
0.14	8		0.49	29		0.84	50
0.15	9		0.50	30		0.85	51
0.16	10		0.51	31		0.86	52
0.17	10		0.52	31		0.87	52
0.18	11		0.53	32		0.88	53
0.19	11		0.54	32		0.89	53
0.20	12		0.55	33		0.90	54
0.21	13		0.56	34		0.91	55
0.22	13		0.57	34		0.92	55
0.23	14		0.58	35		0.93	56
0.24	14		0.59	35		0.94	56
0.25	15		0.60	36		0.95	57
0.26	16		0.61	37		0.96	58
0.27	16		0.62	37		0.97	58
0.28	17		0.63	38		0.98	59
0.29	17		0.64	38		0.99	59
0.30	18		0.65	39			
0.31	19		0.66	40			
0.32	19		0.67	40			
0.33	20		0.68	41			
.034	20		0.69	41			

IHSS TIMESHEET EXERCISE #1

Provider, John, works for 1 recipient, Jane.

Jane is authorized 173:12 per month, which is 40 hours per week.

John worked as follows for the second half of January (HH:MM)

~ Month ~						
Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16 6:00	17 6:00	18 4:00
19 6:00	20 6:00	21 6:00	22 6:00	23 6:00	24 6:00	25 4:00
26 6:00	27 6:00	28 6:00	29 6:00	30 6:00	31 6:00	Notes:

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES(IHSS)
INDIVIDUAL PROVIDER
INITIAL / REPLACEMENT TIMESHEET

Record your daily hours and minutes like these samples.

Did not work	H	H	M	M
6 hours 30 minutes	H	6	3	0
4 hours 45 minutes	H	4	4	5
10 hours	1	0	M	M
Total	2	1	1	5

SAMPLE D NO-TRAVEL
123 MAIN STREET
ANYTOWN CA 12345-6789

Important Instructions

1. Use black ink only and press firmly. Numbers must be readable.
2. Your defined workweek is from Sunday, 12:00 AM to Saturday, 11:59 PM.
3. Do not send any other documents with the timesheet except a travel claim form.
4. Only write in the hours, minutes, signature, and date boxes. Do not write in any box with a preprinted 0. Any extra writing on the timesheet can delay your paycheck.
5. You will not be paid for hours claimed more than the recipient's IHSS Program authorized hours or the weekly allowed hours. Claiming extra hours can delay your paycheck.
6. You must enter hours for each day worked (Total line is optional).
7. You and your Recipient must sign and date the back of your timesheet.
8. Do not fold the timesheet. Do not use white out or correction tape on timesheet.
9. Time travelled from one recipient to another on the same day must be claimed on the timesheet for the recipient you travelled to and cannot exceed the 7 hour weekly travel cap.
10. **Claimed** = hours worked and claimed in previous pay period, **Travel** = hours travelled and claimed in previous pay period.

Cut along dotted line

Provider #:	123456789	**Provider Name:**	JOHN PROVIDER
Case #:	00 01 1234567	**Recipient Name:**	JANE RECIPIENT
Type:	IHSS	**Timesheet No:**	1234567890123456
From:	01/16/2014	**To:**	01/31/2014

Workweek #1					***Workweek #2***					***Workweek #3***					***Workweek #4***				
Claimed : 01:00					***Claimed :*** 00:00					***Claimed :*** 00:00					***Claimed :*** 00:00				
S	0	0	0	0	S 19	H	H	M	M	S 26	H	H	M	M	S	0	0	0	0
M	0	0	0	0	M 20	H	H	M	M	M 27	H	H	M	M	M	0	0	0	0
T	0	0	0	0	T 21	H	H	M	M	T 28	H	H	M	M	T	0	0	0	0
W	0	0	0	0	W 22	H	H	M	M	W 29	H	H	M	M	W	0	0	0	0
T 16	H	H	M	M	T 23	H	H	M	M	T 30	H	H	M	M	T	0	0	0	0
F 17	H	H	M	M	F 24	H	H	M	M	F 31	H	H	M	M	F	0	0	0	0
S 18	H	H	M	M	S 25	H	H	M	M	S	0	0	0	0	S	0	0	0	0
Total _____					***Total*** _____					***Total*** _____					***Total*** _____				

Turn over and sign. →

Sample

Instrucciones importantes

1. Su semana laboral definida es de domingo a las 12:00 AM a sábado a las 11:59 PM.
2. Use solamente tinta negra y presione firmemente. Los números deben estar legibles.
3. No envíe cualquier otro documento junto con su reporte de horas trabajadas excepto el registro de las horas de viaje.
4. Escriba solamente en las casillas para las horas, los minutos, la firma y la fecha. No escriba nada en las casillas con un "0" ya impreso. Cualquier anotación adicional en el reporte de horas trabajadas puede atrasar su cheque de pago.
5. No se le pagarán horas reclamadas que sobrepasen las horas autorizadas por el Programa IHSS del beneficiario, o las horas semanales permitidas. El reclamar horas adicionales podría atrasar su cheque de pago.
6. Usted debe anotar las horas de cada día en que trabajó (la línea para el total es opcional).
7. Usted y su beneficiario deben firmar y fechar en el dorso de su reporte de horas trabajadas.
8. No doble su reporte de horas trabajadas. No use corrector líquido ni cinta correctora en el reporte de horas trabajadas.
9. El tiempo que viaja entre dos beneficiarios durante el mismo día debe reclamarse en el reporte de horas trabajadas del segundo beneficiario, y no puede exceder el límite semanal de 7 horas de viaje.
10. **Reclamadas** = horas que trabajó y reclamó en el periodo de pago anterior. **Viaje** = horas viajadas y reclamadas en el periodo de pago anterior.

重要指示

1. 請僅使用黑色水筆著重填寫。數字的填寫務必清晰可讀。
2. 您的預設一週工作時間為週日凌晨 12:00 點至週六午夜 11:59。
3. 除行進時間報銷表單之外，請不要隨工時單附寄任何其他文檔。
4. 請僅填入小時數、分鐘數、簽名和日期方塊。無需填入任何預先印入 0 的方塊。工時單上出現其他字跡可能延遲薪資的發放。
5. 您的索償時數不可超過居家支援服務（IHSS）方案接受方所獲授權之時數，或超過每週允許時數。超過一定時數的索償可能延遲薪資的發放。
6. 請務必輸入每日工作時數（總計線可選填）。
7. 您和您的服務接受方務必在工時單的背面署名並簽署日期。
8. 請不要折疊工時單。請不要使用修正液或修正帶塗改工時單。
9. 當日，從一個接受方處行進至另一個接受方處所耗費的時間應計入後者之工時單一併索償，每週行進時間不得超過 7 小時。
10. **索償時間** = 在上一個薪資結算週期內所工作並索償的時數。**行進時間** = 在上一個薪資結算週期內所耗費並索償的行進時數。

Կարևոր ցուցումներ

1. Օգտագործեք միայն սեւ թանաք եւ ուժեղ սեղմեք: Թվերը պետք է ընթեռնելի լինեն:
2. Ձեր սահմանված աշխատանքային շաբաթն է կիրակի օրը ժամը գիշերվա 12:00-ից մինչեւ շաբաթ օրը ժամը գիշերվա 11:59-ը:
3. Ճանապարհորդության հայցի ձեւից բացի՝ ժամանակացույցի հետ միասին որեւէ այլ փաստաթղթեր մի ուղարկեք:
4. Գրեք միայն ժամերի, րոպեների, ստորագրության եւ ամսաթվի վանդակներում: Մի գրեք որեւէ վանդակում, որտեղ արդեն տպված է 0: Ժամանակացույցում արված որեւէ լրացուցիչ գրություն կարող է երկարաձգել ձեր վճարման ստացումը:
5. Դուք չեք վճարվի այն ժամերի համար, որոնք գերազանցում են ստացողի IHSS ծրագրի կողմից հաստատված ժամերի քանակը կամ շաբաթական թույլատրելի ժամերի քանակը: Լրացուցիչ ժամեր ներկայացնելը կարող է երկարաձգել ձեր վճարման ստացումը:
6. Դուք պետք է գրեք յուրաքանչյուր օր աշխատած ժամերը (ընդհանուր գումարի գիծը կամավոր է):
7. Դուք եւ ձեր ստացողը պետք է ստորագրեք ու ամսագրեք ձեր ժամանակացույցի հետեւում:
8. Ժամանակացույցը մի ծալեք: Ժամանակացույցի վրա սախտակ հեղուկով կամ ուղղիչ ժապավենով ուղղումներ մի արեք:
9. Մեկ ստացողից մյուսի մոտ նույն օրը ճանապարհորդելու ժամանակը պետք է պահանջվի ժամանակացույցի վրա այն ստացողի համար, ում մոտ որ դուք գնում էիք, եւ չի կարող գերազանցել շաբաթական 7 ժամ:
10. **Պահանջած** = աշխատած ու պահանջած ժամեր վճարման նախորդ ժամանակաշրջանում, **Ճանապարհորդություն** = ճամփորդած ու պահանջած ժամեր վճարման նախորդ ժամանակաշրջանում:

Cut along dotted line

I understand that any false claim relating to this timesheet may be prosecuted under Federal and State laws and that if convicted of fraud, I may also be subject to civil penalties: By signing as the recipient of services claimed on this timesheet, I declare that the information on the timesheet is true and correct, excluding time claimed by my provider relating to travel. By signing as the provider of services claimed on this timesheet, I declare that the information on this timesheet is true and correct.

Recipient's Signature	Date	Provider's Signature	Date

Mail Detached Timesheet To:

IHSS Timesheet Processing Facility • PO Box 272862 • Chico, CA 95927-2862

Sample

IHSS TIMESHEET EXERCISE #2

Provider, John, works for Recipient Peter and Recipient Helena.

Recipient Peter is authorized 100.00 hours per month, which is 23:05 hours per week, and Recipient Helena is authorized 100.00 hours per month, which is 23:05 hours per week.

John worked as follows for the second half of January (HH:MM).

Hours worked for Peter
Hours worked for Helena

Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
				16 2:00 Left Peter's Home at 1:00 pm	**17** 2:00 Left Peter's Home at 3:00 pm	**18** 0 No Travel Time
				2:00 Arrived at Helena's Home at 1:15 pm (15 minutes Travel)	2:00 Arrived at Helena's Home at 3:15 pm (15 minutes Travel)	2:00 No Travel Time
19 0 No Travel Time	**20** 2:00 Left Peter's Home at 1:00 pm	**21** 2:00 Left Peter's Home at 1:00 pm	**22** 2:00 No Travel Time	**23** 2:00 Left Peter's Home at 1:00 pm	**24** 2:00 Left Peter's Home at 1:00 pm	**25** 0 No Travel Time
0 No Travel Time	1:50 Arrived at Helena's Home at 1:15 pm (15 minutes Travel)	1:50 Arrived at Helena's Home at 1:15 pm (15 minutes Travel)	0 No Travel Time	1:50 Arrived at Helena's Home at 1:15 pm (15 minutes Travel)	1:50 Arrived at Helena's Home at 1:15 pm (15 minutes Travel)	4:00 No Travel Time
26 0 No Travel Time	**27** 2:00 Arrived at Peter's Home at 2:15 pm (15 minutes Travel)	**28** 2:00 Arrived at Peter's Home at 2:15 pm (15 minutes Travel)	**29** 2:00 Arrived at Peter's Home at 2:15 pm (15 minutes Travel)	**30** 2:00 No Travel Time	**31** 1:05 No Travel Time	
1:05 No Travel Time	2:00 Left Helena's Home at 2:00 pm	2:00 Left Helena's Home at 2:00 pm	2:00 Left Helena's Home at 2:00 pm	0 No Travel Time	0 No Travel Time	

Sample Sheet

STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES(IHSS)
INDIVIDUAL PROVIDER
INITIAL / REPLACEMENT TIMESHEET

SAMPLE D TRAVEL
123 MAIN STREET
ANYTOWN CA 12345-6789

Record your daily hours and minutes like these samples.

Did not work	H	H	M	M
6 hours 30 minutes	H	6	3	0
4 hours 45 minutes	H	4	4	5
10 hours	1	0	M	M
Total	2	1	1	5

Important Instructions

1. Use black ink only and press firmly. Numbers must be readable.
2. Your defined workweek is from Sunday, 12:00 AM to Saturday, 11:59 PM.
3. Do not send any other documents with the timesheet except a travel claim form.
4. Only write in the hours, minutes, signature, and date boxes. Do not write in any box with a preprinted 0. Any extra writing on the timesheet can delay your paycheck.
5. You will not be paid for hours claimed more than the recipient's IHSS Program authorized hours or the weekly allowed hours. Claiming extra hours can delay your paycheck.
6. You must enter hours for each day worked (Total line is optional).
7. You and your Recipient must sign and date the back of your timesheet.
8. Do not fold the timesheet. Do not use white out or correction tape on timesheet.
9. Time travelled from one recipient to another on the same day must be claimed on the timesheet for the recipient you travelled to and cannot exceed the 7 hour weekly travel cap.
10. **Claimed** = hours worked and claimed in previous pay period, **Travel** = hours travelled and claimed in previous pay period.

Cut along dotted line

Provider #:	123456789	**Provider Name:**	JOHN PROVIDER
Case #:	00 01 1234567	**Recipient Name:**	RECIPIENT HELENA
Type:	IHSS	**Timesheet No:**	1234567890123456
From:	01/16/2014	**To:**	01/31/2014

Workweek #1					Workweek #2					Workweek #3					Workweek #4				
Claimed : 01:00					*Claimed* : 00:00					*Claimed* : 00:00					*Claimed* : 00:00				
Travel : 01:15					*Travel* : 00:00					*Travel* : 00:00					*Travel* : 00:00				
Travel	H	H	3	0	Travel	H	1	0	0	Travel	H	H	M	M	Travel	0	0	0	0
S	0	0	0	0	S 19	H	H	M	M	S 26	H	1	0	5	S	0	0	0	0
M	0	0	0	0	M 20	H	1	5	0	M 27	H	2	0	0	M	0	0	0	0
T	0	0	0	0	T 21	H	1	5	0	T 28	H	2	0	0	T	0	0	0	0
W	0	0	0	0	W 22	H	H	M	M	W 29	H	2	0	0	W	0	0	0	0
T 16	H	2	0	0	T 23	H	1	5	0	T 30	H	H	M	M	T	0	0	0	0
F 17	H	2	0	0	F 24	H	1	5	0	F 31	H	H	M	M	F	0	0	0	0
S 18	H	2	0	0	S 25	H	4	0	0	S	0	0	0	0	S	0	0	0	0
Total 6:00					*Total* 11:20					*Total* 7:05					*Total*				

Turn over and sign. →

Instrucciones importantes

1. Su semana laboral definida es de domingo a las 12:00 AM a sábado a las 11:59 PM.
2. Use solamente tinta negra y presione firmemente. Los números deben estar legibles.
3. No envíe cualquier otro documento junto con su reporte de horas trabajadas excepto el registro de las horas de viaje.
4. Escriba solamente en las casillas para las horas, los minutos, la firma y la fecha. No escriba nada en las casillas con un "0" ya impreso. Cualquier anotación adicional en el reporte de horas trabajadas puede atrasar su cheque de pago.
5. No se le pagarán horas reclamadas que sobrepasen las horas autorizadas por el Programa IHSS del beneficiario, o las horas semanales permitidas. El reclamar horas adicionales podría atrasar su cheque de pago.
6. Usted debe anotar las horas de cada día en que trabajó (la línea para el total es opcional).
7. Usted y su beneficiario deben firmar y fechar en el dorso de su reporte de horas trabajadas.
8. No doble su reporte de horas trabajadas. No use corrector líquido ni cinta correctora en el reporte de horas trabajadas.
9. El tiempo que viaja entre dos beneficiarios durante el mismo día debe reclamarse en el reporte de horas trabajadas del segundo beneficiario, y no puede exceder el límite semanal de 7 horas de viaje.
10. **Reclamadas** = horas que trabajó y reclamó en el periodo de pago anterior. **Viaje** = horas viajadas y reclamadas en el periodo de pago anterior.

重要指示

1. 請僅使用黑色水筆著重填寫。數字的填寫務必清晰可讀。
2. 您的預設一週工作時間為週日凌晨 12:00 點至週六午夜 11:59。
3. 除行進時間報銷表單之外，請不要隨工時單附寄任何其他文檔。
4. 請僅填入小時數、分鐘數、簽名和日期方塊。無需填入任何預先印入 0 的方塊。工時單上出現其他字跡可能延遲薪資的發放。
5. 您的索償時數不可超過居家支援服務（IHSS）方案接受方所獲授權之時數，或超過每週允許時數。超過一定時數的索償可能延遲薪資的發放。
6. 請務必輸入每日工作時數（總計線可選填）。
7. 您和您的服務接受方務必在工時單的背面署名並簽署日期。
8. 請不要折疊工時單。請不要使用修正液或修正帶塗改工時單。
9. 當日，從一個接受方處行進至另一個接受方處所耗費的時間應計入後者之工時單一併索償，每週行進時間不得超過 7 小時。
10. **索償時間** = 在上一個薪資結算週期內所工作並索償的時數。**行進時間** = 在上一個薪資結算週期內所耗費並索償的行進時數。

Կարեւոր ցուցումներ

1. Օգտագործեք միայն սեւ թանաք եւ ուժեղ սեղմեք: Թվերը պետք է ընթեռնելի լինեն:
2. Ձեր սահմանված աշխատանքային շաբաթն է կիրակի օրը ժամը գիշերվա 12:00-ից մինչեւ շաբաթ օրը ժամը գիշերվա 11:59-ը:
3. Ճանապարհորդության հայցի ձեւից բացի՝ ժամանակացույցի հետ միասին որեւէ այլ փաստաթղթեր մի ուղարկեք:
4. Գրեք միայն ժամերի, րոպեների, ստորագրության եւ ամսաթվի վանդակներում: Մի գրեք որեւէ վանդակում, որտեղ արդեն տպված է 0: Ժամանակացույցում արված որեւէ լրացուցիչ գրություն կարող է երկարաձգել ձեր վճարման ստացումը:
5. Դուք չեք վճարվի այն ժամերի համար, որոնք գերազանցում են ստացողի IHSS ծրագրի կողմից հաստատված ժամերի քանակը կամ շաբաթական թույլատրելի ժամերի քանակը: Լրացուցիչ ժամեր ներկայացնելը կարող է երկարաձգել ձեր վճարման ստացումը:
6. Դուք պետք է գրեք յուրաքանչյուր օր աշխատած ժամերը (ընդհանուր գումարի գիծը կամավոր է):
7. Դուք եւ ձեր ստացողը պետք է ստորագրեք ու ամսագրեք ձեր ժամանակացույցի հետեւում:
8. Ժամանակացույցը մի ծալեք: Ժամանակացույցի վրա սխալի հեղուկով կամ ուղղիչ ժապավենով ուղղումներ մի արեք:
9. Մեկ ստացողից մյուսի մոտ նույն օրը ճանապարհորդելու ժամանակը պետք է պահանջվի ժամանակացույցի վրա այն ստացողի համար, ում մոտ որ դուք գնում էիք, եւ չի կարող գերազանցել շաբաթական 7 ժամ:
10. **Պահանջված** = աշխատած ու պահանջված ժամեր վճարման նախորդ ժամանակաշրջանում, **Ճանապարհորդություն** = ճամփորդած ու պահանջված ժամեր վճարման նախորդ ժամանակաշրջանում:

Cut along dotted line

I understand that any false claim relating to this timesheet may be prosecuted under Federal and State laws and that if convicted of fraud, I may also be subject to civil penalties: By signing as the recipient of services claimed on this timesheet, I declare that the information on the timesheet is true and correct, excluding time claimed by my provider relating to travel. By signing as the provider of services claimed on this timesheet, I declare that the information on this timesheet is true and correct.

Recipient's Signature	Date	Provider's Signature	Date

Mail Detached Timesheet To:

IHSS Timesheet Processing Facility • PO Box 272863 • Chico, CA 95927-2863

Sample

Sample Sheet

TRAVEL CLAIM FORM

Provider Name:	John		Recipient Name:	Helena	
Provider #:	123456789	Timesheet #:	1234567890123456	Case #:	00 01 1234567
Pay Period From:	01/16/2014	Pay Period To:	01/31/2014	Program Type:	IHSS

Travel Week #1:

					Case # From:	Distance:	Comments:
S	H	H	M	M			
M	H	H	M	M			
T	H	H	M	M			
W	H	H	M	M			
T	H	H	1	5	0001234567	10 miles	
F	H	H	1	5	0001234567	10 miles	
S	H	H	M	M			
TOTAL	H	H	3	0			

Travel Week #2:

					Case # From:	Distance:	Comments:
S	H	H	M	M			
M	H	H	1	5	0001234567	10 miles	
T	H	H	1	5	0001234567	10 miles	
W	H	H	M	M			
T	H	H	1	5	0001234567	10 miles	
F	H	H	1	5	0001234567	10 miles	
S	H	H	M	M			
TOTAL	H	1	0	0			

Travel Week #3:

					Case # From:	Distance:	Comments:
S	H	H	M	M			
M	H	H	M	M			
T	H	H	M	M			
W	H	H	M	M			
T	H	H	M	M			
F	H	H	M	M			
S	H	H	M	M			
TOTAL	H	H	M	M			

Travel Week #4:

					Case # From:	Distance:	Comments:
S	H	H	M	M			
M	H	H	M	M			
T	H	H	M	M			
W	H	H	M	M			
T	H	H	M	M			
F	H	H	M	M			
S	H	H	M	M			
TOTAL	H	H	M	M			

Provider Signature: John	Date 01/31/2014

SAMPLE

Sample Sheet

STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES(IHSS)
INDIVIDUAL PROVIDER
INITIAL / REPLACEMENT TIMESHEET

SAMPLE D TRAVEL
123 MAIN STREET
ANYTOWN CA 12345-6789

Record your daily hours and minutes like these samples.

	H	H	M	M
Did not work	H	H	M	M
6 hours 30 minutes	H	6	3	0
4 hours 45 minutes	H	4	4	5
10 hours	1	0	M	M
Total	2	1	1	5

Important Instructions

1. Use black ink only and press firmly. Numbers must be readable.
2. Your defined workweek is from Sunday, 12:00 AM to Saturday, 11:59 PM.
3. Do not send any other documents with the timesheet except a travel claim form.
4. Only write in the hours, minutes, signature, and date boxes. Do not write in any box with a preprinted 0. Any extra writing on the timesheet can delay your paycheck.
5. You will not be paid for hours claimed more than the recipient's IHSS Program authorized hours or the weekly allowed hours. Claiming extra hours can delay your paycheck.
6. You must enter hours for each day worked (Total line is optional).
7. You and your Recipient must sign and date the back of your timesheet.
8. Do not fold the timesheet. Do not use white out or correction tape on timesheet.
9. Time travelled from one recipient to another on the same day must be claimed on the timesheet for the recipient you travelled to and cannot exceed the 7 hour weekly travel cap.
10. **Claimed** = hours worked and claimed in previous pay period, **Travel** = hours travelled and claimed in previous pay period.

Cut along dotted line

Provider #:	123456789	**Provider Name:**	JOHN PROVIDER
Case #:	00 01 1234567	**Recipient Name:**	RECIPIENT PETER
Type:	IHSS	**Timesheet No:**	1234567890123456
From:	01/16/2014	**To:**	01/31/2014

Workweek #1					Workweek #2					Workweek #3					Workweek #4				
Claimed : 01:00					*Claimed* : 00:00					*Claimed* : 00:00					*Claimed* : 00:00				
Travel : 01:15					*Travel* : 00:00					*Travel* : 00:00					*Travel* : 00:00				
Travel	H	H	M	M	Travel	H	H	M	M	Travel	H	H	4	5	Travel	0	0	0	0
S	0	0	0	0	S 19	H	H	M	M	S 26	H	H	M	M	S	0	0	0	0
M	0	0	0	0	M 20	H	2	0	0	M 27	H	2	0	0	M	0	0	0	0
T	0	0	0	0	T 21	H	2	0	0	T 28	H	2	0	0	T	0	0	0	0
W	0	0	0	0	W 22	H	2	0	0	W 29	H	2	0	0	W	0	0	0	0
T 16	H	2	0	0	T 23	H	2	0	0	T 30	H	2	0	0	T	0	0	0	0
F 17	H	2	0	0	F 24	H	2	0	0	F 31	H	1	0	5	F	0	0	0	0
S 18	H	H	M	M	S 25	H	H	M	M	S	0	0	0	0	S	0	0	0	0
Total	4:00				*Total*	10:00				*Total*	9:05				*Total*				

Turn over and sign. →

Sample Sheet

TRAVEL CLAIM FORM

Provider Name:	John		Recipient Name:	Peter	
Provider #:	123456789	Timesheet #:	1234567890123456	Case #:	00 01 1234567
Pay Period From:	01/16/2014	Pay Period To:	01/31/2014	Program Type:	IHSS

Travel Week #1:

					Case # From:	Distance:	Comments:
S							
M							
T							
W							
T							
F							
S							
TOTAL							

Travel Week #2:

					Case # From:	Distance:	Comments:
S							
M							
T							
W							
T							
F							
S							
TOTAL							

Travel Week #3:

					Case # From:	Distance:	Comments:
S							
M			1	5	0001234567	10 miles	
T			1	5	0001234567	10 miles	
W			1	5	0001234567	10 miles	
T							
F							
S							
TOTAL			4	5			

Travel Week #4:

					Case # From:	Distance:	Comments:
S							
M							
T							
W							
T							
F							
S							
TOTAL							

Provider Signature	Date
John	01/31/2014

SAMPLE

Month

Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday

Provider #:	002343227	**Provider Name:**	Joe Doe
Case #:	36 99 2243569	**Recipient Name:**	Mary Doe
Type:		**Timesheet No:**	2245674300
From:	01/16/2014	**To:**	01/31/2014

Workweek #1	***Workweek #2***	***Workweek #3***	***Workweek #4***
Claimed :	*Claimed :*	*Claimed :*	*Claimed :*
Travel :	*Travel :*	*Travel :*	*Travel :*
Travel H H M M	Travel H H M M	Travel H H M M	Travel H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
Total _____	*Total* _____	*Total* _____	*Total* _____

Provider #:	002343227	**Provider Name:**	Joe Doe
Case #:	36 99 2243569	**Recipient Name:**	Mary Doe
Type:		**Timesheet No:**	2245674300
From:	01/16/2014	**To:**	01/31/2014

Workweek #1	***Workweek #2***	***Workweek #3***	***Workweek #4***
Claimed :	*Claimed :*	*Claimed :*	*Claimed :*
Travel :	*Travel :*	*Travel :*	*Travel :*
Travel H H M M	Travel H H M M	Travel H H M M	Travel H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
H H M M	H H M M	H H M M	H H M M
Total _____	*Total* _____	*Total* _____	*Total* _____