

Hoja de Instrucciones para la Hoja de Control de Horas

*¡Siempre llene la hoja de control de horas con pluma de tinta!
¡No se olvide de firmar y poner la fecha en la hoja de control de horas!*

- ① Esta sección contiene el nombre del proveedor y su dirección (el trabajador de servicios a domicilio) y el nombre y dirección del empleador (el consumidor de "IHSS"). Asegúrese que su dirección sea correcta. Si se ha mudado, marque el cuadro de "sí", escriba al dorso su nueva dirección, envíe el formulario a IHSS PAYROLL, 6955 Foothill Blvd., Suite 300, Oakland, CA 94605 y llame al Departamento de Pagos de Salarios (Payroll: 577-1877).
- ② La primera sección de esta columna muestra los días del mes. Apunte el número de horas trabajadas debajo de cada día que trabajó. Apunte el número total de horas trabajadas al fin de la línea.
- ③ En esta sección Ud. y su consumidor deben firmar y poner la fecha en el último día del período de pago. La firma del Recibidor se refiere al consumidor y la firma del Proveedor se refiere al trabajador de asistencia a domicilio.
- ④ Este hoja es para el primer período de pago. Ud. no puede recibir pago por más de 59% de las horas totales asignadas por IHSS por mes. En el segundo período de pago, aquí lista el número total de horas que Ud. puede recibir en el segundo período de pago.

THE TIMESHEET MUST BE COMPLETED WITH THE HOURS YOU WORKED AND RETURNED TO THE COUNTY IHSS ADDRESS LISTED BELOW.
LA HOJA DE HORAS TRABAJADAS TIENE QUE SER COMPLETADA CON LAS HORAS QUE USTED TRABAJO Y DEBE SER REGRESADA
A LA DIRECCION DEL CONDADO PARA IHSS.

MANUAL - PAYROLL ISSUED REPLACEMENT TIMESHEET												IHSS TIMESHEET											
Recipient Number 01-												Provider Number 1											
x X X												x x x											
ADDRESS CHANGE YES() WRITE NEW ADDRESS ON REVERSE SIDE												ADDRESS CHANGE YES() WRITE NEW ADDRESS ON REVERSE SIDE											
SIGN, DATE AND MAIL TIMESHEET AFTER ALL WORK COMPLETED IN PAY PERIOD																							
EMPLOYER SERVICE HOURS ARE:																						0.0	
FOR THE ENTIRE MONTH																							
Day of Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	X	TOTAL HRS WORKED						
Hours Worked	/																X						
Fill in hours for each day worked and place total here. Llene las horas para cada día que trabajo y apunte el total aquí.																							
Share of Cost Liability						Other Liability						Provider Overpayment											
\$0.00																							
Do not sign unless you have read and understand instructions above *No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso*																							
SW NO. M DO. 3												RECIPIENT SIGNATURE 01-											
ALAMEDA CO. SOC. SVCS. AGENCY 6955 FOOTHILL BLVD STE 300 OAKLAND, CA 94605-2409 O.K. TO PROCESS												X DATE											
												PROVIDER SIGNATURE 1											
												X DATE											
												AFTER WORK HAS BEEN COMPLETED, SIGN, DATE AND MAIL TO THIS ADDRESS. UNA VEZ QUE SE HAYA COMPLETADO EL TRABAJO, FIRMESE Y ENVIESE A ESTA DIRECCION.											
This is to certify that the information contained in this form is true, accurate and complete, and that the provider and recipient have read, understand and agree to be bound by and comply with the statements, affirmations and conditions contained on the back of this form. Por medio de la presente certifico que la información que contiene esta forma es verdadera, correcta y completa, y que el proveedor y la persona que recibe los beneficios han leído, entienden y están de acuerdo en someterse a y cumplir con las declaraciones, afirmaciones y condiciones que contiene el dorso de esta forma.																							

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND WELFARE AGENCY - DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

