STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

000000008

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

SOC 2261 (7/15)

CHATSWORTH
21615 PLUMMER ST SOMETHING WAY ROAD ST 1
CHATSWORTH CA 91311

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS)
INDIVIDUAL PROVIDER 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

FIRST, LASTNAME
17830 SHERMAN WAY SOMETHING DRIVE APT 17
RESEDA CA 91335-3398

Important Instructions

1. Use black ink only and press firmly. Numbers must be readable.
2. Do not send any other documents with the timesheet.
3. 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.
4. You will not be paid for hours claimed more than the recipient's IHSS Program authorized hours.
5. You must enter hours for each day worked (Total line is optional).
6. **You and your Recipient must sign and date the back of your timesheet.**
7. Do not fold the timesheet. Do not use white out or correction tape on timesheet.

Cut along dotted line

Provider #:	000000000	**Provider Name:**	LASTNAME, FIRST		
Case #:	00 01 0000000	**Recipient Name:**	LASTNAME, FIRST		
Type:	IHSS	**Timesheet No:**	0000000000		
Pay From:	11/16/2014	**Pay To:**	11/30/2014	**Hours:**	HHH:MM

S 16	H	H	M	M	S 23	H	H	M	M	S 30	H	H	M	M	S	0	0	0	0
M 17	H	H	M	M	M 24	H	H	M	M	M	0	0	0	0	M	0	0	0	0
T 18	H	H	M	M	T 25	H	H	M	M	T	0	0	0	0	T	0	0	0	0
W 19	H	H	M	M	W 26	H	H	M	M	W	0	0	0	0	W	0	0	0	0
T 20	H	H	M	M	T 27	H	H	M	M	T	0	0	0	0	T	0	0	0	0
F 21	H	H	M	M	F 28	H	H	M	M	F	0	0	0	0	F	0	0	0	0
S 22	H	H	M	M	S 29	H	H	M	M	S	0	0	0	0	S	0	0	0	0

Total _____ *Total* _____ *Total* _____ *Total* _____

Turn over and sign.

Instrucciones Importantes

1. Use solamente tinta negra y presione firmemente. Los números deben estar legibles.
2. No envíe cualquier otro documento junto con su reporte de horas trabajadas.
3. 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.
4. No se le pagarán horas reclamadas que sobrepasen las horas autorizadas por el Programa IHSS del beneficiario.
5. Usted debe anotar las horas de cada día en que trabajó (la línea para el total es opcional).
6. **Usted y su beneficiario deben firmar y fechar en el dorso de su reporte de horas trabajadas.**
7. No doble su reporte de horas trabajadas. No use corrector líquido ni cinta correctora en el reporte de horas trabajadas.

Cut along dotted line

Detach Instructions Before Mailing.

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.

Recipient's Signature	Date	Provider's Signature	Date

Mail Detached Timesheet To:

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