



Participant Timesheet

- Comm Jobs (CJ)
- Career Jump
- Comm Works (WC)
- XS/VS
- RISE WBL

Participant Name:

For administrative use only:
I.N. completed (if needed)? YES or NO

Reviewed by:

Worksite Supervisor:

Client ID: Month: Year: Max Allowable Hours/week:

Work Schedule: Mon: Tue: Wed: Thu:
 Fri: Sat: Sun:

Use INK only, no pencil or white out. Initial ALL changes.

Worked Hours with Start and End Times							Absences			
DATES	Start Time	End Time	30 min. meal break if 5+ hrs worked (Yes/No)	Total Hours Worked	Holiday Hours	Called In Absent (Yes/No)	Reason for Absence	Excused (E) or Unexcused (U)	# Hours Absent	
<input type="checkbox"/> 1 16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 2 17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 3 18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 4 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 5 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 6 21	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 7 22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 8 23	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 9 24	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 10 25	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 11 26	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 12 27	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 13 28	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 14 29	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 15 30	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 31	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> U	<input type="text"/>	
TOTAL HOURS:				<input type="text"/>	<input type="text"/>	TOTAL HOURS ABSENT:			<input type="text"/>	

I certify the information contained on this time sheet is true and correct. Please sign and FAX TO:

Participant Signature: _____ Date Signed: _____

Supervisor Signature: _____ Date Signed: _____

Career Path Services Initials: _____ Date Signed: _____