

Attendance Sheet Instructions

PROVIDER COPY
Keep for your records.

①

Supportive Services, Inc.
ATTENDANCE SHEET

Month _____ Year _____

②

③

FOR OFFICE USE ONLY

Regular Charges	
Eve/Weekends	
Misc Fees	
Family Fee	
Total SSInc paid	

④

Child's Name _____		Child ID# _____	Date of Birth _____	A.S. Id _____
Parent's Name: _____	Family ID: _____	Provider's Name: _____	Prov ID: _____	
Address: _____		Address: _____		
City, Zip: _____		City, Zip: _____		
Phone: _____		Phone: _____		
		Type: _____		

Actual times must be used at arrival and departure

Date	PARENT/ GUARDIAN TIME IN AM/PM	USE FOR SPLIT SCHEDULE		PARENT/ GUARDIAN TIME OUT AM/PM	Absence Reason	PROVIDER USE FOR SCHOOL SCHEDULE	
		TIME OUT AM/PM	TIME IN AM/PM			SCHOOL START	SCHOOL END
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

PARENT AND PROVIDERS: READ AND SIGN THIS MONTHLY DECLARATION

I declare under penalty of perjury by signing this attendance sheet for services provided in the above named month, that the hours and days of child care provided for this child are true and correct.

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

Parent Signature _____ Date _____

Provider Signature _____ Date _____

Licensed Providers Only must complete billing total for this month (as it would be for private pay family)

TOTAL HOURS OF CARE _____	x HOURLY PAY \$ _____	= \$ _____	TOTAL DUE: \$ _____
TOTAL DAYS OF CARE _____	x DAILY PAY \$ _____	= \$ _____	EVE/WEEKEND: + \$ _____
TOTAL WEEKS OF CARE _____	x WEEKLY PAY \$ _____	= \$ _____	MISC. FEES: + \$ _____
TOTAL MONTH OF CARE _____	x MONTHLY PAY \$ _____	= \$ _____	FAMILY FEE: - \$ _____
			BALANCE DUE: _____

⑬

Monthly Family Fee Receipt

Provider Name: _____

Billing Child: _____

Parent Name: _____

Family Fee: Full Time: \$ _____ Part Time: \$ _____ Family Fee Paid: \$ _____

Paid Cash Paid by Check Other _____ Family Fee Balance Due: \$ _____

I verify that the payment was received from above stated parent.

Provider Signature _____ Date _____

RETURN TO:

Supportive Services, Inc.
5090 N. West Ave.
Fresno CA 93711
(559) 230-2030

14

15

16

17

20

21

18

19

22

Attendance Sheet Instructions

1. **Preprinted Month and Year:** This is pre-printed on each time sheet and must be used for the appropriate month.
2. **Preprinted Barcode:** This is a unique identifier for each attendance sheet and is specific for each child, month and year.
3. **A.S. Id:** This is the Attendance Sheet Identification number and is another unique identifier for each attendance sheet.
4. **For Office Use Only:** Please do not write in this area; it is used by agency staff to process monthly attendance sheets.
5. **Date:** This represents the number day of the month. For example: the number 1 is the 1st day of the month and the number 23 is the 23rd day of the month.
6. **Parent/Guardian Time In Am/Pm:** Enter the **ACTUAL** time the child was dropped off at the center or provider’s home.
7. **Use for Split Schedule Time Out/Time In:** Times are entered here **ONLY** if the parent/guardian will be picking up the child from the provider’s center/home more than once in one day (i.e. leaving and then returning for a doctor’s appointment). The **TIME OUT** would be the 1st occurrence in which the child was picked up from the center or provider’s home. The **TIME IN** would be the 2nd occurrence in which the child was dropped off at the center or provider’s home.
8. **Parent/Guardian Time Out Am/Pm:** Enter the **ACTUAL** time the child was picked up from the center or provider’s home.
9. **Provider Use for School Schedule, School Start and School End:** Providers must enter the **ACTUAL** time a child departs from the center or provider’s home and goes to school and when the child returns from school (PROVIDER USE ONLY).
10. **Absence Reason:** Enter a reason here when a child does not use care when regularly scheduled. **Example:** parent day off, provider closed, child sick, vacation, etc. In addition, if a child uses child care on a day they would normally be in school, write the reason for their absence from school: **Example:** no school, sick, vacation, etc.
11. **Parent Signature and Date:** Parent/guardian must sign their LEGAL signature; payment **CANNOT** be made without it.
12. **Provider Signature and Date:** The provider, or center’s authorized representative, must sign their LEGAL signature here; payment **CANNOT** be made without it.
13. **Provider’s Billing (Licensed Homes/Centers Only):** This will be completed in accord with the licensed provider’s posted rates as it applies to private pay families.
 - a. Total Hours of Care: Enter the number of hours of care billed multiplied by the licensed provider’s hourly rate.
 - b. Total Days of Care: Enter the number of days billed multiplied by the licensed provider’s daily rate.
 - c. Total Weeks of Care: Enter the number of weeks billed multiplied by the licensed provider’s weekly rate.
 - d. Total Month of Care: Enter 1 multiplied by the licensed provider’s monthly rate.

The licensed provider or licensed center authorized representative must enter the amount calculated from either a, b, c, and/or d above and enter it in “Total Due”. Add any additional charges (Eve/Weekend or Misc. Fees). If the parent has a family fee, enter that amount paid under “Family Fee”. Balance due is the amount “billed” to Supportive Services, Inc.

$$\text{Total Due} \begin{matrix} \text{+} \\ \text{"plus"} \end{matrix} \text{ Eve/Weekend and/or Misc. Fees} \begin{matrix} \text{--} \\ \text{"minus"} \end{matrix} \text{ Family Fee} \begin{matrix} \text{=} \\ \text{"equals"} \end{matrix} \text{ Balance Due}$$

NOTE: If a licensed home/center has multiple posted rates on file, enter the one fee (Hourly, Daily, Weekly, or Monthly) that is being assessed. The lessor of the licensed home/center’s posted rate or the Regional Market Rate will be applied.

Monthly Family Fee Receipt (reverse side)

This section must be completed by the provider ONLY if the family has been assessed a family fee; refer to Notice of Action.

14. **Provider Name:** Enter the center or provider name.
15. **Billing Child:** Enter the name of the child that is utilizing the greatest number of child care hours.
16. **Parent Name:** Please write the parent’s name as identified on the Notice of Action.
17. **Family Fee:** If the parent has been assessed a family fee, enter either the full time or part time fee. See Notice of Action.
18. **Family Fee Paid:** Enter the amount of the family fee that was **paid** by the parent/guardian.
19. **Family Fee Balance Due:** Enter the balance due here **IF** the parent **did not** pay the entire balance of the family fee.
20. **Form of Payment:** Check the applicable box for the form of payment used by the parent/guardian.
21. **Provider Signature:** The provider or center representative must sign here.
22. **Date:** The provider or center representative must enter the date the receipt was completed.

Instrucciones de la hoja de asistencia

1. **Mes y año preimpresos:** Se imprimen previamente en cada hoja de tiempo y deben usarse para el mes apropiado.
2. **Código de barras preimpreso:** Este es un identificador único para cada hoja de asistencia y es específico para cada niño, mes y año.
3. **A.S. Id:** Este es el número de identificación de la hoja de asistencia y es otro identificador único para cada hoja de asistencia.
4. **Solo para uso en la oficina:** Por favor, no escriba en esta área; es utilizado por el personal de la agencia para procesar hojas de asistencia mensual
5. **Fecha:** Representa el número día del mes. Por ejemplo: el número 1 es el 1er día del mes y el número 23 es el día 23 del mes.
6. **Tiempo de los padres/tutores en am/pm:** Ingrese la hora **REAL** en que el niño fue dejado en el centro o en la casa del proveedor.
7. **Use para horario dividido tiempo de salida/tiempo de entrada:** Los horarios se ingresan aquí **SOLO** si el padre / tutor recogerá al niño del centro/hogar del proveedor más de una vez en un día (es decir, salir y luego regresar para una cita con el médico). El **TIME OUT** sería la 1ª ocurrencia en la que el niño fue recogido del proveedor. El **TIME IN** sería la 2ª ocurrencia en la que el niño fue dejado con proveedor.
8. **Tiempo de descanso de los padres/tutores Am/Pm:** Ingrese la hora **REAL en** que el niño fue recogido del centro del proveedor.
9. **Uso del proveedor para el horario escolar, tiempo de salida y entrada:** Los proveedores deben ingresarlas veces **REALES** en que un niño sale de con el proveedor y va a la escuela y nuevamente cuando el niño regresa de la escuela (**SOLO USO DEL PROVEEDOR**).
10. **Motivo de ausencia:** Ingrese una razón aquí cuando un niño no usa la atención cuando se le programa regularmente para hacerlo. **Ejemplo:** día libre de los padres, niño enfermo, vacaciones, etc. Además, si un niño usa cuidado infantil en un día que normalmente estaría en la escuela, escriba la razón de su ausencia de la escuela: **Ejemplo:** sin escuela, enfermo, vacaciones, etc.
11. **Firma y fecha de los padres:** Los padres/tutores firman su firma LEGAL aquí; el pago NO se puede hacer sin ella.
12. **Firma y fecha del proveedor:** El proveedor o representante autorizado del centro firma su firma LEGAL aquí; el pago NO se puede hacer sin ella.
13. **Facturación del proveedor (solo hogares / centros con licencia):** Esto se completará de acuerdo con las tarifas publicadas por el proveedor con licencia, ya que se aplica a las familias privadas de pago.
 - a. Total de horas de atención: Ingrese el número de horas de atención facturadas multiplicadas por la tarifa por hora del proveedor con licencia
 - b. Total de días de atención: Ingrese el número de días facturados multiplicado por la tarifa diaria del proveedor con licencia
 - c. Total de semanas de atención: Ingrese el número de semanas facturadas multiplicado por la tarifa semanal del proveedor con licencia
 - d. Mes total de atención: Ingrese 1 multiplicado por la tarifa mensual del proveedor con licencia

El proveedor o representante autorizado del centro debe ingresar el monto calculado a partir de a, b, c y/o d anterior e ingresarlo en "Total adeudado". Agregue cualquier cargo adicional (Eve/Weekend o Misc. Fees). Si el padre tiene una tarifa familiar, ingrese esa cantidad pagada en "Tarifa familiar". El saldo adeudado es la cantidad "facturada" a Supportive Services, Inc.

"más"

"menos"

"iguales"

Total adeudado + **Víspera/Fin de semana y/o Misceláneo** - **Cuota Familiar** = **Saldo adeudado**

NOTA: Si un centro/proveedor tiene varias tarifas publicadas en el archivo, ingrese la tarifa única (por hora, diaria, semanal o mensual) que el proveedor está evaluando. Se aplicará el arrendador de la tarifa publicada del centro/proveedor o la Tarifa de Mercado Regional.

Recibo Mensual de Tarifa Familiar (lado reverso)

Esto debe ser completado SOLAMENTE por el proveedor si a los padres se les ha cobrado una tarifa familiar. Consulte el Notice of Action.

1. **Nombre del proveedor:** Centro o nombre del proveedor
2. **Niño al cual se aplica la tarifa :** El niño que utiliza la mayor cantidad de horas de cuidado infantil.
3. **Nombre del padre:** Nombre del padre como se identifica en la Notice of Action
4. **Tiempo completo:** Cantidad de la tarifa de tiempo completo: se cobrará a los padres una tarifa de tiempo completo o parcial. Vea el Notice of Action
5. **Tiempo parcial:** La cantidad de la tarifa familiar a tiempo parcial: a los padres se les aplicará una tarifa de tiempo complete o parcial. Vea el Notice of Action
6. **Tarifa familiar pagada:** Cantidad de la tarifa familiar pagada por el padre/tutor
7. **Saldo adeudado de la tarifa familiar:** el saldo adeudado SI el padre no pagó la totalidad del saldo de la tarifa familiar
8. **Forma de pago:** Marque la casilla correspondiente
9. **Firma del proveedor:** Firma del proveedor/representante del centro
10. **Fecha:** fecha que se completó por el proveedor/representante del centro