Week Ending Date: _____

Lakes Region Community Services Time Sheet

Print Name:_____ **Employee Signature:**_____ **Mgr Initials:**_____

Date	Cost Center	Time In a.m. or p.m.	Time Out a.m. or p.m.	Total Hours Worked	*Sleep Time*	*Earned Time Hours*	*Holiday Benefit Hours*	*Misc.*	*Planned Absence Circle Y / N*
					CODED EARNINGS FOR PAYROLL PUPOSES				
SAT									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
SUN									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
MON									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
TUES									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
WED									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
THU									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
FRI									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
									Y / N
TOTALS									

Payroll Office Use Only

COST CTR	REG	OT	WK REG	WK OT	WK SLEEP	ETH	SLEEP	SLEEP OT	HOLIDAY