

SERVICES D'ASSISTANCE PERSONNELLE (PAS)

FEUILLE DE TEMPS DE PAIE et FORMULAIRE D'ATTESTATION (page 1 sur 2)

Jour de la semaine	Date	Arrivée 1 ^{re} période	Départ 1 ^{re} période	Arrivée 2 ^e période	Départ 2 ^e période	Arrivée 3 ^e période	Départ 3 ^e période	Heures totales pour la journée (h):mm
Dimanche		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Lundi		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Mardi		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Mercredi		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Jeudi		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Vendredi		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Samedi		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
								Heures hebdomadaires totales :

Jour de la semaine	Date	Arrivée 1 ^{re} période	Départ 1 ^{re} période	Arrivée 2 ^e période	Départ 2 ^e période	Arrivée 3 ^e période	Départ 3 ^e période	Heures totales pour la journée (h):mm
Dimanche		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Lundi		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Mardi		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Mercredi		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Jeudi		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Vendredi		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
Samedi		O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	O AM O PM	
								Heures hebdomadaires totales :

Nom du participant/de l'employeur de droit commun (CLE)

N° d'identification du consommateur (numéro « C »)

Nom du travailleur de soins directs (en caractères d'imprimerie)

N° d'identification du DCW (numéro « E »)

SERVICES D'ASSISTANCE PERSONNELLE (PAS)

FEUILLE DE TEMPS DE PAIE et FORMULAIRE D'ATTESTATION (page 2 sur 2)

Je soussigné, travailleur de soins direct (DCW), déclare que j'ai fourni des services d'assistance personnelle au participant nommé sur la feuille de temps de paie ci-dessus et que les heures de travail sont véridiques et correctes.

Signature du travailleur de soins directs

Date de signature

Nom du travailleur de soins
directs en caractères d'imprimerie

Numéro de téléphone du DCW

N° d'identification du DCW

Signature de l'employeur de droit commun

Numéro de téléphone du CLE

Date de signature

Si l'employeur de droit commun n'est pas en mesure de signer le présent formulaire, le travailleur de soins directs doit attester ce qui suit :

J'ai tenté d'obtenir la signature de mon employeur de droit commun sur la feuille de temps de PAS ci-jointe, mais malgré mes efforts, je ne suis pas parvenu à obtenir la signature de mon employeur de droit commun sur cette feuille de temps.

Signature du travailleur de soins directs

Date de signature

Nom du travailleur de soins directs (en caractères d'imprimerie)

Instructions pour remplir la feuille de temps de travailleur de soins directs (DCW) :
(ne pas envoyer cette page avec la feuille de temps et l'attestation)

Une feuille de temps ne contenant pas toutes les informations demandées ne peut pas être traitée.

Entrez les dates du cycle de paie, les noms et les autres informations demandées sur la feuille de temps. Remarque : le cycle de paie débute toujours le dimanche à minuit (00 h 00) et prend fin le samedi à 23 h 59.

Veuillez indiquer le ou les numéros de téléphone pour vous joindre en cas de question sur les informations fournies.

Heures de travail : Enregistrez l'heure d'arrivée et l'heure de départ pour toutes les heures et toutes les périodes. Calculez ensuite les totaux quotidiens, qui doivent être arrondis au quart d'heure suivant. Par exemple, si un DCW travaille pendant 1 heure et 10 minutes, le total de la journée doit être arrondi à 1 heure et 15 minutes.

Fournissez toutes les informations demandées sur la feuille de temps : Il y a 3 sections de cases par jour permettant d'indiquer les heures et les minutes de travail d'un DCW. Il y a également des cercles permettant d'indiquer si les heures de travail du DCW sont le matin ou l'après-midi.

S'il y a plus de 3 périodes de travail (heures d'arrivée et de départ) pour la même journée, veuillez utiliser une deuxième feuille de temps et fournir les informations demandées sur le participant, le DCW et le cycle de paie, puis la signer.

RAPPEL pour les services non payés : Le DCW n'est pas rémunéré pour les services non payés, notamment les activités menées ou le temps passé par un DCW lorsque le participant est interné dans un hôpital, un centre de réadaptation, une maison de retraite, etc. Le temps passé par un DCW pendant que le participant est interné dans un établissement peut être envoyé à une unité d'enquêtes spéciales.

Envoi de la feuille de temps : Veuillez envoyer le présent formulaire par fax ou par e-mail au plus tard à 16 h 00 le lundi suivant la fin du cycle de paie pour assurer la ponctualité des virements automatiques et des chèques. Veuillez ne pas envoyer la feuille de temps deux fois. Les feuilles de temps envoyées par e-mail ou par fax avant que les heures de travail n'aient été terminées ne seront pas traitées.

Vous pouvez envoyer la feuille de temps à Tempus par :

Fax au numéro gratuit : # 833-583-6787

E-mail : InboxTimesheetManagement@tempusunlimited.org

Courrier : Tempus Unlimited, Inc.

600 Technology Center Drive

Stoughton, MA 02072