

**EASTERN LOCAL SCHOOL DISTRICT
 CERTIFIED REQUEST FOR PAYMENT OF EXTRA HOURS**



Name _____

Last 4 of SS # _____

Date	Description of Job	Time In	Time Out	Total # of Hours Worked
MO/DAY/YEAR		Round to nearest Quarter Hour		
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	
/ /		:	:	

TOTAL HOURS _____

 Employee Signature

 Principal Signature

 Superintendent Signature