

[LE-21] Компенсация расходов на проведение мероприятий по улучшению безопасности и повышению качества услуг

Для освобожденных от лицензирования детских учреждений домашнего типа, получающих субсидию департамента ODHS

Кто может рассчитывать на компенсацию? Освобожденные от лицензирования детские учреждения домашнего типа, получающие субсидию департамента ODHS.

Что подлежит компенсации? Возмещение расходов на приобретение оборудования или ремонт объекта, произведенных с целью соблюдения требований ODHS в отношении здоровья и безопасности, будет предоставлено только в том случае, если данные расходы были оплачены непосредственно детским заведением, а не третьей стороной. Максимальная сумма компенсации составляет \$250.00 (двести пятьдесят долларов) в год. Заказать детекторы дыма и заглушки для розеток можно через Отдел прямых платежей (Direct Pay Unit, DPU) Департамента социального обслуживания штата Орегон (Oregon Department of Human Services, ODHS) по телефону 1-800-699-9074 или через Отдел регулирования детских учреждений по телефону 1-800-556-6616.

Требования для получения компенсации:

1. Оригиналы платежных квитанций.
2. Аналог формы W-9 университета WOU.

Оказываете ли Вы услуги по уходу за младенцами и детьми ясельного возраста (возраст 0 -3 года)? Да Нет

Название учреждения / имя и фамилия провайдера	Дата ()
Код DHS	Телефон

Дата приобретения	Вид оборудования или тип ремонтных работ	Цена за ед.	Какую потребность обеспечивает этот товар/услуга?	Служебные отметки: Утверждено (Д/Н)

При необходимости приложите дополнительные страницы

Откуда Вы узнали о возможности получить компенсацию?

Местное агентство CCR&R Перечень услуг DHS Специалист по лицензированию Другое: _____

Платежные реквизиты (должны соответствовать сведениям, указанным в Аналоге формы W-9 университета WOU):

Наименование юр. лица / полное имя физ. лица, запрашивающего компенсацию	Дом, улица
	Город
	Штат
	Индекс

Подпись _____ Дата _____
Подписываясь, я тем самым подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и точной и что расходы были оплачены непосредственно мной /детским заведением, а не третьей стороной.

К заявлению необходимо приложить следующие документы:

1. Оригиналы квитанций.
2. Аналог формы W-9 университета WOU.

Внимание! Рассмотрение форм с недостающей информацией будет приостановлено до получения необходимых сведений.

Документы следует направлять по адресу:

Western Oregon University
TRI/Central Coordination of CCR&R
345 N Monmouth Ave
Monmouth, OR 97361

Вопросы: 503-838-8008

For Business Use Only

Amount:
Invoice #:
Index #:
Account Code:
Approved by:
Not to exceed \$250 p/year

Демографические данные

Вы вправе не предоставлять демографические данные. Отказ не повлияет на выплату компенсации / начисление стипендии. **Внимание!** Для компенсации затрат на проведение инструктажа по оказанию первой помощи /СЛР для первых помощников воспитателя (Aide 1 / Assistant 1) на вопросы анкеты должны отвечать именно эти лица.

Название учреждения / имя и фамилия провайдера _____

Дата _____

() _____

Номер лицензии _____

Телефон _____

Отказываюсь от заполнения опросника

1. К какой из перечисленных ниже расовых или этнических групп Вы себя относите? Отметьте все подходящие варианты.

<input type="checkbox"/>	Коренные народы Америки	<input type="checkbox"/>	Коренные гавайцы или уроженцы тихоокеанских островов
	<input type="checkbox"/> Американские индейцы <input type="checkbox"/> Коренные народы Аляски <input type="checkbox"/> Канадские инуиты, метисы <input type="checkbox"/> Коренные народы Мексики <input type="checkbox"/> Народы Центральной Америки <input type="checkbox"/> Народы Южной Америки <input type="checkbox"/> Другие коренные жители Америки (уточните) _____		<input type="checkbox"/> Гуамцы или чаморро <input type="checkbox"/> Микронезийцы <input type="checkbox"/> Коренные гавайцы <input type="checkbox"/> Самоанцы <input type="checkbox"/> Тонганцы <input type="checkbox"/> Уроженцы других тихоокеанских островов (уточните) _____
<input type="checkbox"/>	Испаноязычные/латиноамериканцы	<input type="checkbox"/>	Темнокожие/афроамериканцы
	<input type="checkbox"/> Испаноязычные/латиноамериканцы — уроженцы Центральной Америки <input type="checkbox"/> Испаноязычные/латиноамериканцы — мексиканцы <input type="checkbox"/> Испаноязычные/латиноамериканцы — уроженцы Южной Америки <input type="checkbox"/> Другие испаноязычные/латиноамериканцы (уточните) _____		<input type="checkbox"/> Афроамериканцы <input type="checkbox"/> Темнокожие уроженцы Африки <input type="checkbox"/> Темнокожие уроженцы Карибских островов <input type="checkbox"/> Другие темнокожие (уточните) _____
<input type="checkbox"/>	Уроженцы Азии	<input type="checkbox"/>	Уроженцы Ближнего Востока
	<input type="checkbox"/> Индейцы <input type="checkbox"/> Китайцы <input type="checkbox"/> Филиппинцы <input type="checkbox"/> Хмонги <input type="checkbox"/> Японцы <input type="checkbox"/> Корейцы <input type="checkbox"/> Лаосцы <input type="checkbox"/> Уроженцы Южной Азии <input type="checkbox"/> Вьетнамцы <input type="checkbox"/> Другие уроженцы Азии (уточните) _____		<input type="checkbox"/> Уроженцы Северной Африки <input type="checkbox"/> Уроженцы Ближнего Востока <input type="checkbox"/> Другое (уточните) _____
		<input type="checkbox"/>	Белые
			<input type="checkbox"/> Уроженцы Восточной Европы <input type="checkbox"/> Славяне <input type="checkbox"/> Уроженцы Западной Европы <input type="checkbox"/> Другие белые (уточните) _____

2. Какой язык общения Вы предпочитаете? Укажите ниже.