

## [LE-10] Estipendio por capacitación para proveedor del Departamento de Servicios Humanos (DHS)

Para proveedores de cuidado infantil familiar exentos de licencia que participen del subsidio ODHS

**Requisitos para el pago:**

1. Haber asistido a una capacitación de proveedor del ODHS u otra capacitación requerida por el ODHS.
2. Formulario W-9 Sustituto de WOU con información verificable con el IRS.
3. La solicitud de estipendio debe enviarse en un plazo de hasta 3 meses posteriores a la fecha de la capacitación.

¿Proporciona cuidado infantil a infantes o niño caminantes (edades 0-3)?  Sí  No

Nombre del proveedor	Fecha (      )
Identificación del proveedor ante el DHS	N.º de teléfono

Clase de Capacitación				
<input type="checkbox"/>	Entrenamiento en persona			
<input type="checkbox"/>	Entrenamiento en línea			
Fecha	Título de la capacitación	Cantidad de horas	Tarifa	Monto
			X \$15	
			X \$15	
			X \$15	
Fecha	Estipendio de viaje para capacitación	Tarifa plana		Monto
	Viaje ida y vuelta entre 52 a 99 millas desde el hogar del proveedor	\$8		
	Viaje ida y vuelta de más de 100 millas desde el hogar del proveedor	\$16		
<b>TOTAL</b>				

**Información de pago: (debe coincidir con la del formulario W-9 Sustituto de WOU)**

Nombre de la empresa/individuo que solicita el pago	Dirección		
	Ciudad	Estado	Código postal

Firma del participante:	Fecha
-------------------------	-------

**Adjunte lo siguiente al formulario:**

1. Formulario W-9 Sustitutede WOU

Nota: Los formularios que estén incompletos generarán la retención del pago hasta que se reciba la información faltante.

**Enviar formularios a:**

Western Oregon University  
TRI/Coordinación central del CCR&R  
345 N Monmouth Ave  
Monmouth, OR 97361  
Consultas: 800-838-8008

For Business Use Only
Amount:
Invoice #:
Index #:
Account Code:
Approved by:

# Cuestionario demográfico

Puede optar por no proporcionar la información demográfica. No afectará el estado de su reembolso o estipendio.

Nombre del programa/proveedor \_\_\_\_\_

Fecha

(      )

Número de licencia del programa \_\_\_\_\_

N.º de teléfono

**Negarse a responder el cuestionario**

**1. ¿Cuál de las siguientes describe su identidad racial o étnica? Seleccione todas las opciones que correspondan.**

<input type="checkbox"/> <b>Nativo americano</b> <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Inuit o métis de Canadá <input type="checkbox"/> Indígena mexicano <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Otro nativo americano (indíquelo) _____	<input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawai o isleño del Pacífico</b> <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> De Micronesia <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tongano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico (indíquelo) _____
<input type="checkbox"/> <b>Hispano o latino</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino - centroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino - mexicano <input type="checkbox"/> Hispano o latino - sudamericano <input type="checkbox"/> Otro hispano o latino (indíquelo) _____	<input type="checkbox"/> <b>Negro o afroamericano</b> <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano (negro) <input type="checkbox"/> Caribeño (negro) <input type="checkbox"/> Otro negro (indíquelo) _____
<input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Del sur de Asia <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático (indíquelo) _____	<input type="checkbox"/> <b>Medioriental</b> <input type="checkbox"/> De África del norte <input type="checkbox"/> Medioriental <input type="checkbox"/> Otro (indíquelo) _____
	<input type="checkbox"/> <b>Blanco</b> <input type="checkbox"/> Europeo del Este <input type="checkbox"/> Eslavo <input type="checkbox"/> Europeo occidental <input type="checkbox"/> Otro blanco (indíquelo) _____

**2. ¿Cuál es su idioma de preferencia? Indíquelo a continuación.**

\_\_\_\_\_