

# [LE-21] Formulario de reembolso de mejora de calidad y seguridad

Para proveedores de cuidado infantil familiar exentos de licencia que participen del subsidio del ODHS  
**¿Quién puede participar?** Proveedores de cuidado infantil familiar exentos de licencia que participen del subsidio del ODHS.

**¿Qué es reembolsable?** El reembolso estará disponible para el costo de equipo o reparos de instalaciones que fueron pagados directamente por el programa y no por un tercer partido para poder cumplir con los requisitos de salud y seguridad de ODHS. El reembolso no deberá exceder los doscientos cincuenta dólares (\$250.00) por año. Los detectores de humo y las tomas de corriente pueden estar disponibles a través del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS) en la Unidad de Pago Directo (DPU) en el teléfono 1-800-699-9074 o en la Oficina de Cuidado Infantil en el teléfono 1-800-556-6616 a solicitud.

**Requisitos para el reembolso:**

1. Recibo(s) original(es) donde se muestre el pago.
2. Formulario W-9 Sustituto de WOU

**¿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

Fecha de compra	Tipo de equipo, instalación o reparación	Costo por artículo	¿Qué necesidad cumple este artículo o servicio?	Solo para uso oficial: Aprobación (S/N)

Adjuntar páginas adicionales de ser necesario

¿Cómo se enteró de este reembolso?

CCR&R local    Formulario de listado de DHS    Especialista en licencias    Otro: \_\_\_\_\_

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

Nombre de la empresa/individuo que solicita el reembolso	Dirección			
	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%; border: none;">Ciudad</td> <td style="width:33%; border: none;">Estado</td> <td style="width:33%; border: none;">Código postal</td> </tr> </table>	Ciudad	Estado	Código postal
Ciudad	Estado	Código postal		

Firma	Fecha
-------	-------

Al firmar este, confirmo que la información anterior es verdadera y correcta y que los costos fueron pagados directamente por mí mismo/a o mi programa y no fueron pagados por un tercero.

**Adjunte lo siguiente al formulario:**

1. Recibo(s) original(es)
2. Formulario W-9 Sustituto de WOU

Nota: Los formularios que presenten faltantes de información generarán la retención del pago hasta que se reciba dicha información.

**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:
<b>Not to exceed \$250 p/year</b>

# Cuestionario demográfico

Puede optar por no proporcionar la información demográfica. No afectará el estado de su reembolso o estipendio. Nota: Para el Reembolso de Primeros Auxilios/CPR para Ayudantes y Asistentes de nivel 1 solicite al ayudante o asistente que complete el cuestionario.

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>Mediorienta</b> <input type="checkbox"/> De África del norte <input type="checkbox"/> Mediorienta <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. ¿Cuáles su idioma de preferencia? Indíquelo a continuación.**

---