

[LE-13] Reembolso de capacitación

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? Hasta \$300 del valor real de capacitaciones, talleres, seminarios o conferencias comunitarias que no aporten crédito universitario y clases que aporten crédito universitario.

Requisitos para el reembolso:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Recibo donde se vea el pago 2. Copia del certificado o de la constancia de asistencia 3. Formulario que sustituye al formato W-9 WOU | <ol style="list-style-type: none"> 1. Recibo donde se vea el pago de matrícula 2. Copia del expediente académico universitario no oficial donde se muestre la finalización del curso con calificación C o mayor enviada a ORO o la firma del instructor en el formulario de solicitud 3. 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 la capacitación	Nombre de la capacitación, clase, taller, seminario o conferencia	Monto (máx. \$300)

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

Nombre de la empresa/individuo que solicita el reembolso	Dirección		
	Ciudad	Estado	Código postal
Firma	Fecha		
Nombre del instructor (en letra imprenta)	Fecha		
Firma del instructor	Teléfono del instructor		

Adjunte lo siguiente al formulario:

1. Recibo original
2. Copia del certificado, comprobante de asistencia o expediente académico no oficial
3. Formulario W-9 Sustituto de 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: 800-342-6712

For Business Use Only

Amount:
Invoice #:
Index #:
Account Code:
Approved by:
Max Reimbursement \$300

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"/>	Nativo americano	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawai o isleño del Pacífico
	<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"/> 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"/>	Hispano o latino	<input type="checkbox"/>	Negro o afroamericano
	<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"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano (negro) <input type="checkbox"/> Caribeño (negro) <input type="checkbox"/> Otro negro (indíquelo) _____
<input type="checkbox"/>	Asiático	<input type="checkbox"/>	Mediorienta
	<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"/> De África del norte <input type="checkbox"/> Mediorienta <input type="checkbox"/> Otro (indíquelo) _____
		<input type="checkbox"/>	Blanco
			<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.
