

[L-11] Reembolso de la capacitación de primeros auxilios y RCP

Para ayudantes y asistentes nivel 1 pertenecientes al personal o proveedores

¿Quién puede participar? El personal de ayuda nivel 1 que trabaje en centros certificados o asistentes nivel 1 que trabajen en servicios de cuidado infantil familiar certificados.

Requisitos para el reembolso:

1. La capacitación debe registrarse en el Registro en línea de Oregon (ORO).
2. El empleado debe tener un cargo de ayudante nivel 1 o asistente nivel 1 y estar vinculado al servicio en ORO.
3. Formulario W-9 Sustituto de WOU con información verificable con el IRS.
4. La solicitud de reembolso debe enviarse en un plazo de 3 meses posteriores a la fecha de la capacitación.

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

Nombre del programa/proveedor _____ Fecha _____
()

N.º de licencia del programa _____ N.º de teléfono _____

Nombre(s) del/de los ayudante(s) o asistente(s) nivel 1 para quien se solicita el reembolso: (de ser necesario, incluya páginas adicionales)

1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

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 _____

Adjunte lo siguiente al formulario:

1. **Recibos originales para cada individuo**
2. **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: 503-838-8008

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. 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"/> 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"/> Nativo de Hawai o isleño del Pacífico <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"/> 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"/> Negro o afroamericano <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"/> 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"/> Mediorienta <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.
