

# [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<br>(    ) |
| 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 |        |               |
|  | 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: 503-838-8008

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

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

---