

[LE-10] Стипендия для провайдеров, зарегистрированных в DHS

Для освобожденных от лицензирования детских учреждений домашнего типа,
получающих субсидию департамента ODHS

Требования для получения выплаты:

1. Пройден "Ориентационный курс ODHS для провайдеров" или другой обязательный тренинг, необходимый для работы с ODHS.
2. Заполненное заявление за подписью специалиста по вопросам повышения качества.
3. Аналог формы W-9 университета WOU (указанная информация должна соответствовать сведениям, предоставляемым в IRS).
4. Заявления о начислении стипендии принимаются в течение 3 месяцев от даты тренинга.

Оказываете ли Вы услуги по уходу за младенцами и детьми ясельного возраста (возраст 0 -3 года)? Да Нет

Название учреждения / имя и фамилия провайдера

Дата

()

Код DHS

Телефон

Тип тренинга				
<input type="checkbox"/>	Очный тренинг			
<input type="checkbox"/>	Онлайн тренинг			
Дата	Название тренинга	К-во часов	Ставка	Сумма
			X \$15	
			X \$15	
			X \$15	
Дата	Оплата проезда к месту проведения занятий	Фиксированная ставка		Сумма
	Общая протяженность маршрута (от дома провайдера в оба конца): 52-99 миль	\$8		
	Общая протяженность маршрута (от дома провайдера в оба конца): более 100 миль	\$16		
		ИТОГО		

Платежные реквизиты (соответствующие сведениям, указанным в Аналоге формы W-9 университета WOU):

Наименование юр. лица / полное имя физ. лица,
запрашивающего компенсацию

Дом, улица

Город

Штат

Индекс

Подпись участника

Дата

К заявлению необходимо приложить следующие документы:

1. Аналог формы W-9 университета WOU.

Внимание! Рассмотрение форм с недостающей информацией будет приостановлено до получения необходимых сведений.

Формы следует направлять по адресу:

Western Oregon University
TRI/Central Coordination of CCR&R
345 N Monmouth Ave
Monmouth, OR 97361

Вопросы: 503-838-8008, tripayments@wou.edu

Ред. 12/2024

For Business Use Only

Amount:

Invoice #:

Index #:

Account Code:

Approved by:

Демографические данные

Вы вправе не предоставлять демографические данные. Отказ не повлияет на выплату компенсации / начисление стипендии. **Внимание!** Для компенсации затрат на проведение инструктажа по оказанию первой помощи /СЛР для первых помощников воспитателя (Aide 1 / Assistant 1) на вопросы анкеты должны отвечать именно эти лица.

Название учреждения / имя и фамилия провайдера	Дата ()
Номер лицензии <input type="checkbox"/> Отказываюсь от заполнения опросника	Телефон

1. К какой из перечисленных ниже расовых или этнических групп Вы себя относите? Отметьте все подходящие варианты.

<input type="checkbox"/> Коренные народы Америки <input type="checkbox"/> Американские индейцы <input type="checkbox"/> Коренные народы Аляски <input type="checkbox"/> Канадские инуиты, метисы <input type="checkbox"/> Коренные народы Мексики <input type="checkbox"/> Народы Центральной Америки <input type="checkbox"/> Народы Южной Америки <input type="checkbox"/> Другие коренные жители Америки (уточните) _____			<input type="checkbox"/> Коренные гавайцы или уроженцы тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Гуамцы или чаморро <input type="checkbox"/> Микронезийцы <input type="checkbox"/> Коренные гавайцы <input type="checkbox"/> Самоанцы <input type="checkbox"/> Тонганцы <input type="checkbox"/> Уроженцы других тихоокеанских островов (уточните) _____
<input type="checkbox"/> Испаноязычные/латиноамериканцы <input type="checkbox"/> Испаноязычные/латиноамериканцы — уроженцы Центральной Америки <input type="checkbox"/> Испаноязычные/латиноамериканцы — мексиканцы <input type="checkbox"/> Испаноязычные/латиноамериканцы — уроженцы Южной Америки <input type="checkbox"/> Другие испаноязычные/латиноамериканцы (уточните) _____			<input type="checkbox"/> Темнокожие/ афроамериканцы <input type="checkbox"/> Афроамериканцы <input type="checkbox"/> Темнокожие уроженцы Африки <input type="checkbox"/> Темнокожие уроженцы Карибских островов <input type="checkbox"/> Другие темнокожие (уточните) _____
<input type="checkbox"/> Уроженцы Азии <input type="checkbox"/> Индийцы <input type="checkbox"/> Китайцы <input type="checkbox"/> Филиппинцы <input type="checkbox"/> Хмонги <input type="checkbox"/> Японцы <input type="checkbox"/> Корейцы <input type="checkbox"/> Лаосцы <input type="checkbox"/> Уроженцы Южной Азии <input type="checkbox"/> Вьетнамцы <input type="checkbox"/> Другие уроженцы Азии (уточните) _____			<input type="checkbox"/> Уроженцы Ближнего Востока <input type="checkbox"/> Уроженцы Северной Африки <input type="checkbox"/> Уроженцы Ближнего Востока <input type="checkbox"/> Другое (уточните) _____
			<input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Уроженцы Восточной Европы <input type="checkbox"/> Славяне <input type="checkbox"/> Уроженцы Западной Европы <input type="checkbox"/> Другие белые (уточните) _____

2. Какой язык общения Вы предпочитаете? Укажите ниже.