

## [LE-10] Estipendio por capacitación para proveedor del Departamento de Servicios Humanos (DHS)

Para proveedores de cuidado infantil familiar exentos de licencia que participen del subsidio ODHS

**Requisitos para el pago:**

1. Haber asistido a una capacitación de proveedor del ODHS u otra capacitación requerida por el ODHS.
2. Formulario W-9 Sustituto de WOU con información verificable con el IRS.
3. La solicitud de estipendio debe enviarse en un plazo de hasta 3 meses posteriores a la fecha de la capacitación.

¿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

Clase de Capacitación				
<input type="checkbox"/>	Entrenamiento en persona			
<input type="checkbox"/>	Entrenamiento en línea			
Fecha	Título de la capacitación	Cantidad de horas	Tarifa	Monto
			X \$15	
			X \$15	
			X \$15	
Fecha	Estipendio de viaje para capacitación	Tarifa plana		Monto
	Viaje ida y vuelta entre 52 a 99 millas desde el hogar del proveedor	\$8		
	Viaje ida y vuelta de más de 100 millas desde el hogar del proveedor	\$16		
<b>TOTAL</b>				

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

Nombre de la empresa/individuo que solicita el pago	Dirección		
	Ciudad	Estado	Código postal

Firma del participante:	Fecha
-------------------------	-------

**Adjunte lo siguiente al formulario:**

1. Formulario W-9 Sustitutede 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

Preguntas: 503-838-8008, [tripayments@wou.edu](mailto:tripayments@wou.edu)

**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.

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. ¿Cuál es su idioma de preferencia? Indíquelo a continuación.

\_\_\_\_\_