

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

Para ayudantes y asistentes nivel 1 o asistentes del líder de programa pertenecientes al personal o proveedores

**¿Quién puede participar?** El personal de ayuda nivel 1 o asistentes del líder de programa que trabajen 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, asistentes del líder de programa, 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), asistente(s) nivel 1, o asistentes del líder de programa 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, [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. 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"/> <b>Nativo americano</b> <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"/> <b>Nativo de Hawai o isleño del Pacífico</b> <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"/> <b>Hispano o latino</b> <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"/> <b>Negro o afroamericano</b> <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano (negro) <input type="checkbox"/> Caribeño (negro) <input type="checkbox"/> Otro negro (indíquelo) _____
<input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> <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"/> <b>Mediorienta</b> <input type="checkbox"/> De África del norte <input type="checkbox"/> Mediorienta <input type="checkbox"/> Otro (indíquelo) _____
	<input type="checkbox"/> <b>Blanco</b> <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.**

---