

[L-12] Reembolso de la capacitación de primeros auxilios y RCP

Para proveedores de cuidado infantil familiar con licencia

¿Quién puede participar? Individuos que tengan el título de "Proveedor" como familia registrada o en un servicio de cuidado infantil familiar certificado

Requisitos para el reembolso:

1. La capacitación debe registrarse en el Registro en línea de Oregón (ORO).
2. El proveedor debe estar vinculado con el servicio en ORO y listado como "proveedor"
3. Formulario W-9 Sustituto de WOU con información verificable con el IRS.
4. El reembolso cubrirá los cargos de la Agencia de Recurso y Referencias de Cuidado Infantil local

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

Nombre del programa/proveedor	Fecha ()
Número de licencia del programa	N.º de teléfono

Fecha de la capacitación	Título de capacitación	Monto

Las clases de Primeros Auxilios y RCP se ofrecen GRATIS a través de las Agencias de Recursos y Referencias del Cuidado Infantil (CCR&R). ¿Por qué optó por tomar esta capacitación? Explique el motivo: _____

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. Recibo original
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 , tripayments@wou.edu

For Business Use Only

Amount:
Invoice #:
Index #:
Account Code:
Approved by:

Questionario 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.
