

[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 ()
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			
	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%; border: none;">Ciudad</td> <td style="width:33%; border: none;">Estado</td> <td style="width:33%; border: none;">Código postal</td> </tr> </table>	Ciudad	Estado	Código postal
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

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

For Business Use Only

Amount:
 Invoice #:
 Index#:
 Account Code:
 Approved by:
Not to exceed \$250 p/year

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"/> 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.
