

## [LE-21] Компенсация расходов на проведение мероприятий по улучшению безопасности и повышению качества услуг

Для освобожденных от лицензирования детских учреждений домашнего типа, получающих субсидию ERDC

**Кто может рассчитывать на компенсацию?** Освобожденные от лицензирования детские учреждения домашнего типа, получающие субсидию по уходу за детьми для работающих родителей (Employment Related Daycare, ERDC).

**Что подлежит компенсации?** Возмещение расходов на приобретение оборудования или ремонт объекта, произведенных с целью соблюдения требований DELC в отношении здоровья и безопасности, будет предоставлено только в том случае, если данные расходы были оплачены непосредственно детским заведением, а не третьей стороной. Максимальная сумма компенсации составляет \$250.00 (двести пятьдесят долларов) в год. Заказать детекторы дыма и заглушки для розеток можно через Отдел прямых платежей Департамента дошкольного образования и ухода за детьми (DELC Direct Pay Unit, DPU) по телефону 1-800-699-9074 или через Отдел лицензирования детских учреждений (Child Care Licensing Division, CCLD) по телефону 1-800-556-6616.

**Требования для получения компенсации:**

1. Оригиналы платежных квитанций.
2. Аналог формы W-9 университета WOU.

**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

Дата приобретения	Вид оборудования или тип ремонтных работ	Цена за ед.	Какую потребность обеспечивает этот товар/услуга?	Служебные отметки: Утверждено (Д/Н)

При необходимости приложите дополнительные страницы

Откуда Вы узнали о возможности получить компенсацию?

Местное агентство CCR&R  Перечень услуг DHS  Специалист по лицензированию  Другое: \_\_\_\_\_

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

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

Дом, улица

Город

Штат

Индекс

Подпись

Дата

Подписываясь, я тем самым подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и точной и что расходы были оплачены непосредственно мной /детским заведением, а не третьей стороной.

**К заявлению необходимо приложить следующие документы:**

1. Оригиналы квитанций.
2. Аналог формы W-9 университета WOU.

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

**Документы 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](mailto:tripayments@wou.edu)

### For Business Use Only

Amount:

Invoice #:

Index #:

Account Code:

Approved by:

**Not to exceed \$250 p/year**

# 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 \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**Отказываюсь от заполнения опросника**

**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"/>	Коренные гавайцы или уроженцы тихоокеанских островов
	<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"/> 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"/>	Темнокожие/афроамериканцы
	<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"/> 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"/>	Уроженцы Ближнего Востока
	<input type="checkbox"/> Индейцы <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 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.**