

[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 ERDC
¿Quién puede participar? Proveedores de cuidado infantil familiar exentos de licencia que participen del subsidio del ERDC.

¿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 DELC. 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 de la División de Licencias de Cuidado infantil en el teléfono 1-800-556-6616.

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 DELC

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 ERDC ☐ 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

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.

☐	Nativo americano	☐	Nativo de Hawai o isleño del Pacífico
	☐ Indio americano ☐ Nativo de Alaska ☐ Inuit o métis de Canadá ☐ Indígena mexicano ☐ Centroamericano ☐ Sudamericano ☐ Otro nativo americano (indíquelo) _____		☐ Guameño o chamorro ☐ De Micronesia ☐ Hawaiano nativo ☐ Samoano ☐ Tongano ☐ Otro isleño del Pacífico (indíquelo) _____
☐	Hispano o latino	☐	Negro o afroamericano
	☐ Hispano o latino - centroamericano ☐ Hispano o latino - mexicano ☐ Hispano o latino - sudamericano ☐ Otro hispano o latino (indíquelo) _____		☐ Afroamericano ☐ Africano (negro) ☐ Caribeño (negro) ☐ Otro negro (indíquelo) _____
☐	Asiático	☐	Mediorienta
	☐ Indio asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Hmong ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Laosiano ☐ Del sur de Asia ☐ Vietnamita ☐ Otro asiático (indíquelo) _____		☐ De África del norte ☐ Mediorienta ☐ Otro (indíquelo) _____
		☐	Blanco
			☐ Europeo del Este ☐ Eslavo ☐ Europeo occidental ☐ Otro blanco (indíquelo) _____

2. ¿Cuáles su idioma de preferencia? Indíquelo a continuación.
