



REEMBOLSO POR BECAS DE ENTRENAMIENTO SOBRE SALUD Y SEGURIDAD 2016-2017

Los reembolsos se harán sólo para las clases sobre Salud y Seguridad REQUERIDAS de acuerdo con AB 248. Los que tomaron la clase deben vivir y trabajar en las ciudades de: San Leandro, San Lorenzo, Castro Valley, Hayward, Union City, Newark o Fremont. Entrenamiento debe ser tomado entre El 1 de julio del 2016 hasta el 30 de junio del 2017. Se puede reembolsar una porción de su pago hasta \$70 por persona. (El límite son 3 personas por agencia/guardería). Los que tomaron las clases deben pagar por lo menos \$5.00 del costo del entrenamiento. Los fondos se distribuirán en el orden pedido hasta que se terminen los fondos. Si tiene alguna pregunta llame a Diana al (510) 690-2164. Su formulario será regresado si esta incompleto.

Favor de completar el formulario y envíe con lo siguiente:

- copia de las tarjetas o certificado de entrenamiento firmados
- prueba del pago (recibo o cheque cancelado):

COMMUNITY CHILD CARE COUNCIL (4Cs) Atención: Diana Cortes, 22351 City Center Dr. Hayward CA 94541

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ CódigoPostal _____

Favor de marcar una:

- Programa basado en un centro; **Nombre y Número de la Licencia de Facilidad:** _____
- Proveedora de cuidado infantil hogareño; **Nombre y Número de la Licencia de Facilidad:** _____
- Asistente de cuidado infantil hogareño; **Nombre y Número de la Licencia de Facilidad:** _____
- Proveedora exenta de licencia: incluya nombre de familia que cuida _____
- Niñera: incluya nombre de familia que cuida _____
- Proveedora prospectiva; fecha de entregar solicitud _____

LOS ENTRENAMIENTOS DEBEN TOMARSE DE UN ENTRENADOR AUTORIZADO

Agencia de formación: _____ Costo \$ _____

Fecha de clase: _____ Horario de clase: _____

Favor de marcar una:

- Primeros Auxilios 4 horas
- Resucitación cardiopulmonar 4horas
- Salud Preventiva y Nutrición 8 horas

Yo declaro que tengo al menos 18 años de edad y que mi entrenamiento es autorizado EMSA (autoridad de servicios médicos de emergencia)

SU FIRMA _____ FECHA _____

Solo para uso de oficina	
Make check payable to:	Date
Received	Amount paid
4Cs Staff Signature	Date