



2016 – 2017 健康安全訓練補助費申請表
HEALTH AND SAFETY TRAINING SCHOLARSHIP REIMBURSEMENT

請將以下文件一起送審：**1.** 填寫完整的申請表格 (一人一份) **2.** 簽好名的訓練卡 / 證明書的副印 **3.** 付費證明的影印。請郵寄或送交：

Evelyn Chen, 4Cs of Alameda County
 22351 City Center Dr. Hayward, CA, 94541
 (510) 690-2155

姓名 _____

地址 _____

城市 _____ 郵政編碼 _____ 電話 _____

請勾選下列其中一項：**必須** 寫下托兒園名稱和牌照號碼，若你的選擇是1到3其中一項，

- 1** 托兒中心教師 Center-based Program **2** 有牌家庭托兒工作者 Family Child Care Provider
 3 家庭托兒助手 Assistant 托兒園名稱 _____ 牌照號碼 _____
 4 正在拿家庭托兒牌照者 Prospective Provider **5** 免牌照托兒工作者 License-exempt Provider

補助費只能用於指定的健康安全課程 (**REQUIRED Health and Safety classes**)。申請人必需在以下城市居住並工作: **San Leandro, San Lorenzo, Castro Valley, Hayward, Union City, Newark, Fremont**。必須在2016年七月一日至2017年六月三十之間接受訓練及繳交訓練費。每項訓練申請人將付擔至少\$5扣除額 (一家托兒所最多3人申請，個別填寫每份表格)。補助費按先申請先給付方式，直到補助費用完為止。

必須接受有授權許可訓練師的訓練

(請勾選您參加何種訓練)

訓練機構名稱 _____ 費用 \$ _____

訓練日期：_____ 訓練時數 _____ 時間：_____ (從幾點到幾點)

美國紅十字會 American Red Cross _____ 美國心臟協會 American Heart Assoc. _____ 加州緊急醫療權威處 EMSA _____ 其他 _____

請勾選你所參加的訓練： CPR First Aid PHP

我 (申請人) 保證我已年滿18歲並且我的訓練是EMSA核准

申請人簽名：_____ 日期：_____

For office use only (以下資料由 4C's 工作人員填寫)	
Make check payable to _____	Date received: _____
Amount paid: \$ _____	Staff Signature: _____
Date _____	