

2017-2018 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**。請將這三種文件一起郵寄或送交：(不完整的文件將被退回或延遲你的退款)

Evelyn Chen, 4C's 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 _____ 社安卡# _____

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

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請寫下牌照申請日期(或預計何時送交申請文件) Prospective Provider _____

5 免牌照托兒工作者 License-exempt Provide 請勾選： _____

補助費只能用於指定的健康安全課程 (REQUIRED Health and Safety classes)。申請人必需住在以下城市：San Leandro, San Lorenzo, Castro Valley, Hayward, Union City, Newark, Fremont。必須在 2017 年七月一日至 2018 年六月三十之間接受訓練及繳交訓練費。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)

訓練講師名字 _____ 訓練日期 _____ 費用 \$ _____

____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

____更新證明 CPR Re-certification ____領取牌照所要求的 16 小時安全健康訓練 16 hours Health & Safety Training

我(申請人)保證我已年滿 18 歲

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 _____