



# REEMBOLSO POR BECAS DE ENTRENAMIENTO SOBRE SALUD Y SEGURIDAD 2017-2018

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 2017 hasta el 30 de junio del 2018. Los fondos se distribuirán en el orden pedido hasta que se terminen los fondos. Si tiene alguna pregunta llame a Cynthia al (510) 584-3120. 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: Cynthia Fernandez 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 por 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