



Возмещение расходов на обучение оказанию первой помощи и проведению сердечно-легочной реанимации (СЛР) первым помощникам воспитателя сертифицированных детских центров (Aide 1) и детских учреждений домашнего типа (Assistant 1)

Дата: _____

Имя и фамилия поставщика услуг: _____

Номер лицензии: _____

Название должности: _____

Общий ID: пять последних цифр номера социального страхования (SSN) или идентификационного номера налогоплательщика (TIN) — полная дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)

Платежный адрес — улица и номер дома: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Телефон: _____

ПРИМЕЧАНИЕ. Если в счете-фактуре указаны не все данные и (или) проставлены не все подписи, оплата будет проведена только после получения полностью заполненного бланка этого счета-фактуры. Для оплаты счета необходимо предоставить Альтернативную форму W-9 (Substitute W-9) университета Уэстерн Орегон (WOU). К счету необходимо приложить копию заполненного сертификата о прохождении обучения и оригинал квитанции.

Сотрудники сертифицированных детских центров могут претендовать на возмещение расходов на обучение, только если состоят на должности первого помощника воспитателя (Aide 1). Сотрудники детских учреждений домашнего типа могут претендовать на возмещение расходов на обучение, только если состоят на должности первого помощника воспитателя (Assistant 1). Должность должна совпадать с указанной в документах в архиве Отдела регулирования детских учреждений (Office of Child Care).

Подпись участника: _____ Дата: _____

Прилагаю следующие документы:

- Сертификат о прохождении обучения
- Оригинал квитанции
- Альтернативная форма W-9 университета Уэстерн Орегон

Заполненные формы направлять по адресу:

Western Oregon University
TRI/Central Coordination of CCR&R
345 Monmouth Ave N.
Monmouth, Oregon 97361

Служебные отметки:
Index: TRI 253
Account Code: 24998

Телефон: 800.342.6712