



Instrucciones Para Pedir Reembolso por Desarrollo Laboral Para Proveedores del Programa de Servicio de Apoyo en el Hogar

La Autoridad Pública anima a los proveedores de IHSS a aprender habilidades de cuidado, mejorar la calidad de la atención brindada a los clientes de IHSS y aumentar las oportunidades de carrera en el campo de la salud. Le reembolsamos hasta **\$400.00** dólares por año fiscal (1° de julio al 30 de junio) por cada uno de nuestros proveedores para tomar clases o asistir a seminarios o conferencias educativas que mejorarán su desempeño laboral. Para ser aprobado para una clase, debe comenzar y completar exitosamente la clase mientras esté empleado por un cliente de IHSS del Condado de San Mateo o mientras esté en nuestro registro. El curso / programa debe programarse mientras el Proveedor no esté en el horario de trabajo.

Para aplicar para este beneficio, siga las instrucciones siguientes

1. Seleccione un curso / programa relacionado con sus asignaciones de trabajo, que mejorará sus habilidades y rendimiento en el trabajo como proveedor de cuidado en casa.
2. Complete un formulario para **Reembolso por Desarrollo Laboral**.
3. Adjunte la descripción del curso exactamente como esta en el catálogo o folleto e incluya la información sobre la fecha, duración y costo del curso.
4. Envíe el formulario y la descripción del curso del catálogo o folleto. Puede enviarlo por correo, correo electrónico o entregar en persona a La Autoridad Pública por lo menos **30** días antes de la fecha que comience su curso/programa (favor de ver los contactos en la porción de abajo).
5. Una vez que su solicitud haya sido aprobada, La Autoridad Pública le enviará una copia del formulario para sus registros. Por favor recuerde que el reembolso cubre solo el costo del curso y libros. Otros gastos tales como cuotas de organización y estacionamiento no es reembolsado.
6. Usted tiene 30 días para enviarnos los siguientes documentos después de completar el curso:
 - a. Una copia del reporte de calificaciones de la escuela u otra evidencia que haya completado satisfactoriamente el curso (grado de letra "C" o mejor, o "aprobado/crédito")
 - b. Una copia del recibo de pago del curso
 - c. Una copia del formulario para reembolso por desarrollo laboral aprobada.
7. Una vez que recibamos todos los documentos, se le enviara el cheque de reembolso.

Envíe la aplicación por correo a:

**San Mateo County
Public Authority
P.O. Box 5892
San Mateo, CA 94402**

Entregar en persona:

**225 37th Ave
San Mateo Ca 94403**

**Solicitudes enviadas por correo electrónico a:
Stacy Goldsby: sgoldsby@smcgov.org**

AUTORIDAD PÚBLICA DE IHSS
SOLICITUD PARA REEMBOLSO POR DESARROLLO LABORAL

Fecha _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR _____

Número de Proveedor de IHSS Número de Seguro Social _____

Dirección _____ Teléfono () _____

TÍTULO DEL CURSO PROPUESTO _____

Nombre de Universidad o Escuela _____

Fecha de Inicio _____ Fecha de conclusión _____

Duración del Curso _____ Costo del Curso _____
(numero de horas)

Es este un Programa de Grado/Certificado? Sí _____ No _____

Tipo de Programa

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adultos/Educación comunitaria | <input type="checkbox"/> Asociado de Artes (AA) |
| <input type="checkbox"/> Enfermera Asistente Certificada (CAN) | <input type="checkbox"/> Bachiller en Artes (BA) |
| <input type="checkbox"/> Ayudante de Salud en Casa Certificada (CHAA) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

CONTENIDO DEL CURSO

Describa como este curso le ayudara en su presente o futuro trabajo como proveedor de cuidado en casa. **Por favor adjunte la descripción del curso exacto como esta en el catálogo o folleto.**

ACCIÓN AUTORIDAD PUBLICA

Curso Aprobado Desaprobado/Razón _____

Monto Aprobado \$ _____

Supervisor del Programa

Fecha