

Programa de Reembolso de Desarrollo Laboral para Proveedores de IHSS del Condado de San Mateo

La Autoridad Pública reembolsará a los cuidadores de IHSS en el condado de San Mateo que asistan a clases calificadas, seminarios educativos y/o conferencias (en línea o en persona) hasta **\$400.00** por **año fiscal (del 1 de julio al 30 de junio)**. Este beneficio brinda una oportunidad para que los cuidadores de IHSS exploren habilidades transferibles que pueden ser aplicables a otras carreras en el cuidado de la salud.

Elegibilidad del programa

- Debe ser un Proveedor activo de IHSS del Condado de San Mateo y/o un Proveedor de Registro activo.
- Las clases, seminarios o conferencias que califican son específicas para el desarrollo o la mejora de las habilidades de cuidado necesarias para brindar atención de calidad a los beneficiarios de IHSS.
- El reembolso incluye las tarifas de inscripción, las tarifas de laboratorio, la matrícula y / o los materiales de clase. Otros gastos, como las cuotas de organización, las tarifas de tecnología y el estacionamiento, no se reembolsan.
- El reembolso debe ser aprobado previamente por la Autoridad Pública.

Instrucciones de aplicación

1. Complete la **Solicitud de Reembolso por Desarrollo Laboral**
2. Envíe su solicitud completa **junto con una copia de la descripción del curso, las fechas del curso y el costo de la clase** a la Autoridad Pública por correo o correo electrónico al menos **30 días antes** de la fecha de inicio de la clase. Se le notificará el estado de la solicitud por correo postal o correo electrónico.
3. Debe notificar a la Autoridad Pública si cancela o reprograma una (s) clase (es) aprobada(s). Ciertas clases reprogramadas pueden requerir una nueva solicitud.

Instrucciones de reembolso

Dentro **de los 30 días** posteriores a la finalización del curso/capacitación, envíe lo siguiente:

1. Una copia de la transcripción del curso, certificado de finalización u otra documentación que indique que completó con éxito el curso / capacitación.
2. Una copia del recibo de pago del curso/materiales/formación.
3. **Complete el formulario de impuestos W-9** (este formulario es requerido por la Oficina del Contralor del Condado de San Mateo para procesar el dinero de reembolso a una persona, incluido un proveedor de IHSS).

Envíe documentos y formularios a:

Correo: Autoridad Pública del Condado de San Mateo para IHSS
P.O. Box 5892, San Mateo, CA 94402

A la atención de: Programa de Reembolso para el Desarrollo Laboral de IHSS

O envíe un correo electrónico:

PAworkshops@smcgov.org

Una vez que se hayan recibido y aprobado todos los documentos, se le enviará por correo un cheque de reembolso dentro de 10 a 14 días hábiles.

Nota: El curso/programa no debe programarse durante su horario de trabajo de IHSS. Si un curso/programa solo está disponible durante las horas de trabajo programadas de IHSS, la cobertura de respaldo debe ser discutida y acordada mutuamente con su destinatario antes de comprometerse con la clase/capacitación. Las horas dedicadas al curso/programa no se pueden reclamar como horas trabajadas en la hoja de horas de IHSS.

Si tiene preguntas, comuníquese con: Stacy Goldsby al (650) 241-5874 o
PAworkshops@smcgov.org

AUTORIDAD PÚBLICA DE IHSS
SOLICITUD PARA REEMBOLSO POR DESARROLLO LABORAL

Fecha _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR _____

Número de Proveedor de IHSS _____ (Se encuentra en la Hoja de Tiempo)

Dirección _____
(Ciudad, Estado, Código Postal)

Teléfono () _____

TÍTULO DEL CURSO PROPUESTO _____

Nombre de Universidad o Escuela _____

Fecha de Inicio _____ Fecha de conclusión _____

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

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

Tipo de Programa

- | | |
|---|-----------------------------|
| 6. Adultos/Educación comunitaria | 9. Asociado de Artes (AA) |
| 7. Asistente Enfermera Certificada (CNA) | 10. Bachiller en Artes (BA) |
| 8. Ayudante de Salud en Casa Certificada (CHAA) | 11. Otro _____ |

CONTENIDO DEL CURSO

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

ACCIÓN AUTORIDAD PUBLICA

Curso Aprobado Desaprobado/Razón _____

Monto Aprobado \$ _____

Supervisor del Programa

Fecha