



Instrucciones Para Pedir Reembolso de Desarrollo Laboral Para Proveedores de la Programa de Servicio de Apoyo En Casa

La autoridad pública anima a los proveedores a que participen en tomar clases o cursos para aprender nuevas habilidades, aumentar las oportunidades de empleo en el campo de la salud y mejorar la calidad de cuidados que brindamos a nuestros clientes. Pagamos hasta **\$300.00** dólares al año por cada uno de nuestros proveedores para que tomen clases que les ayude a mejorar la calidad de su trabajo. Para que la clase sea aprobada, el proveedor debe comenzar y completar satisfactoriamente el curso y al mismo tiempo estar empleado por un cliente del programa de cuidados en casa del condado de San Mateo o ser parte del registro. El curso/programa debe ser tomado durante sus horas avilés o sea que no estén trabajando.

Para aplicar para este beneficio, siga las instrucciones abajo

1. Seleccione un curso/programa relacionado a su actuales, probables o futuras asignaciones de trabajo que puedan mejorar la calidad de su trabajo.
2. Complete una solicitud para **Reembolso Por Desarrollo Laboral**.
3. **Adjunte la descripción del curso exacto como esta en el catálogo o folleto.**
4. Envíe por correo o entregar en persona la forma completada y descripción del curso a La Autoridad Pública por lo menos **30** días antes de la fecha que comience su curso/programa.
5. Una vez que su solicitud sea aprobada, La Autoridad Pública le enviara a usted una copia del formulario para reembolso por desarrollo laboral especificando que el curso está aprobado. Por favor recuerde que el reembolso cubre solo el costo del curso y libros. Otros gastos tales como cuotas de organización y estacionamiento no son reembolsados.
6. Después de haber completado el curso, por favor envíe los siguientes documentos a La Autoridad Pública:
 - 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 hayan recibido todos los documentos, se le enviara el cheque de reembolso.

Mande la aplicación por correo a:

**San Mateo County
Public Authority
225 37th Avenue
San Mateo, CA 94403**

**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 _____ Teléfono (____) _____
(Ciudad, Estado, Código Postal)

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