



HEALTH & SAFETY COURSE FEE REIMBURSEMENT REQUEST

Pediatric CPR | Pediatric First Aid | Preventative Health & Safety

To qualify for a provider course fee reimbursement, participants must live or work in the Pathways LA service area, and the courses must be approved by the Emergency Medical Services Authority. Reimbursement is subject to funding availability and processed on a first come, first served basis. If approved, reimbursement is limited to the actual cost of the eligible courses not to exceed \$150 per person. Original receipts and copies of certification cards must be submitted with this form.

APPLICANT INFORMATION

Applicant Name: _____ Phone: _____

Applicant Address: _____ Zip Code: _____

EMPLOYER INFORMATION

(does not apply to license-exempt providers)

Center/Family Child Care Name: _____ Phone: _____

Address: _____ Zip Code: _____

PAYMENT INFORMATION

My Center or Family Child Care Home Paid for my course(s): Yes No

If Yes, make check payable to: _____

By submitting this request and the supporting documents, I certify that I am a (select one):

- Licensed Family Child Care Provider Family Child Care Assistant
- License-Exempt Provider Child Care Center Staff Member

AND I have completed the following course(s) (check all that apply):

COURSE (Courses MUST be approved by the Emergency Medical Services Authority.)	HOURS
<input type="checkbox"/> Pediatric CPR Certification (minimum 4 hours)	
<input type="checkbox"/> Pediatric First Aid Certification (minimum 4 hours)	
<input type="checkbox"/> Preventative Health & Safety Certification (minimum 8 hours)	

TOTAL COST \$ _____

Signature of Person Receiving the Reimbursement
(Applicant or Employer Signature)

Date

Mail this form, the original course payment receipts and copies of the course certification cards to the address below.

3325 Wilshire Blvd, Ste 1100 · Los Angeles, CA 90010 · T: 213-427-2700 · F: 213-427-2701 · www.pathwaysla.org



SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL COSTO DE CURSOS DE SALUD Y SEGURIDAD

RCP pediátrica | Primeros auxilios pediátricos | Salud preventiva y seguridad

Para calificar para el reembolso del costo de cursos de salud y seguridad, los participantes deben vivir o trabajar en el área de servicio de Pathways LA, y los cursos deben ser aprobados por la Emergency Medical Services Authority. El reembolso es sujeto a la disponibilidad de fondos y se procesa por orden de llegada. Si se aprueba, el reembolso se limita al costo real de los cursos elegibles que no excedan los \$150 por persona. Recibos originales y copias de las tarjetas de certificación deben entregarse junta a esta forma.

INFORMACIÓN del SOLICITANTE

Nombre de Solicitante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN del EMPLEADOR (no se aplica a proveedores exentos de licencia)

Centro/Hogar que Proporciona Cuidado de Niños: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN de PAGO

Mi Centro o Hogar que Proporciona Cuidado de Niños pago por mi curso: Sí No

En caso afirmativo, el cheque debe ser a nombre de: _____

Al entregar esta solicitud y los documentos de respaldo, certifico que soy (seleccione uno):

- Proveedor con Licencia para Hogar que Proporciona Cuidado de Niños
- Asistente en Hogar que Proporciona Cuidado de Niños
- Proveedor Exento de Licencia
- Staff de un Centro de Cuidado Infantil

Y he completado los siguientes cursos (marque todos los que correspondan):

CURSOS (Los cursos DEBEN ser aprobados por la Emergency Medical Services Authority.)	HORAS
<input type="checkbox"/> Certificado de Resucitación Cardiopulmonar Pediátrica (4 horas mínimo)	
<input type="checkbox"/> Certificado de Primeros Auxilios Pediátricos (4 horas mínimo)	
<input type="checkbox"/> Prácticas Preventivas de Salud (8 horas mínimo)	

COSTO TOTAL \$ _____

Firma del Individuo Que Recibirá el Reembolso
(Firma del Solicitante o Empleador)

Fecha

Envíe esta forma, los recibos originales de pago y copias de las tarjetas de certificación a la dirección que se encuentra debajo.

3325 Wilshire Blvd, Ste 1100 · Los Angeles, CA 90010 · T: 213-427-2700 · F: 213-427-2701 · www.pathwaysla.org

For Office Use Only: Approved Denied Date ____/____/____ Staff Initials: _____ Database: ____/____/____ Staff Initials: _____

Rev. 9/20/18