



EMPLEO Y CAPACITACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE
RECIBEN ALIMENTOS BÁSICOS (BFET)

Reembolso para participantes

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL CLIENTE	
IDENTIFICACIÓN EJAS DEL CLIENTE	FECHA

Sección del personal de la organización

VERIFICAR EL/LOS TIPO(S) DE REEMBOLSO(S)	INGRESAR MONTO
<input type="checkbox"/> Transporte: Pase/boleto de autobús - Cuántos: <input type="checkbox"/> diariamente / <input type="checkbox"/> semanalmente / <input type="checkbox"/> mensualmente Número(s) de identificación del pase/boleto de autobús:	\$
<input type="checkbox"/> Transporte: Tarjeta(s) de combustible - Número de la tarjeta:	\$
<input type="checkbox"/> Transporte: Tarjeta ORCA/recarga ORCA - Número de la tarjeta:	\$
<input type="checkbox"/> Transporte: Uber/Lyft/taxi	\$
<input type="checkbox"/> Vestimenta (por ejemplo, ropa para entrevista, zapatos, botas, uniformes, herramientas necesarias)	\$
<input type="checkbox"/> Cuidado infantil (por ejemplo, copago del CCSP o no CCSP)	\$
<input type="checkbox"/> Médico	\$
<input type="checkbox"/> Pruebas educativas o para obtener credenciales (por ejemplo, prueba de equivalencia de la escuela secundaria, prueba del nivel de alfabetización, pruebas de aptitud, pruebas de CNA, capacitación por contrato a corto plazo)	\$
<input type="checkbox"/> Higiene personal y aseo (por ejemplo, dentífrico, champú, corte de pelo)	\$
<input type="checkbox"/> Libros y materiales de capacitación	\$
<input type="checkbox"/> Alojamiento/servicios (celulares/minutos)	\$

OPCIONAL: Marque debajo si se ha emitido una tarjeta de regalo o un tipo similar de pago.

Al cliente se le proporcionó un "Adjunto de recibo de la tarjeta de regalo" y un sobre prepago para acuse(s) de recibo para todas las compras.

OBLIGATORIO: Indique la justificación para cada tipo de reembolso dado (es decir, el motivo necesario y otros detalles como: cuidado infantil sin el CCSP debido a la no elegibilidad temporaria, para pantalones para entrevista, uniforme obligatorio de entrenamiento, camisa, zapatos, libros, etc.):

FIRMA DE APROBACIÓN DEL PROGRAMA AUTORIZADO FECHA	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE LA APROBACIÓN DEL PROGRAMA AUTORIZADO
---	--

Declaración y firma del cliente

Entiendo y acepto lo siguiente:

- Recibí la(s) emisión(es) anterior(es).
- No he recibido el mismo tipo de asistencia en el mes en curso por parte de ninguna otra organización, lo que incluye, entre otras, otras organizaciones de BFET, WorkFirst, LEP Pathways, etc.
- Solo puedo usar la asistencia brindada (incluidas las tarjetas de regalo) para propósitos relacionados con el trabajo o la capacitación, según se describió con anterioridad.
- La venta o el uso indebido del beneficio puede ocasionar la descalificación de BFET, y tendré que devolver de los fondos.
- **Devolveré el/los recibo(s)** para todas las compras de combustible y con la tarjeta de regalo si recibí un "Adjunto de recibo de la tarjeta de regalo".

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL CLIENTE
-------------------	-------	---