



Washington State  
Department of Social  
& Health Services

Transforming lives

BASIC FOOD EMPLOYMENT AND TRAINING (EMPLEO Y  
CAPACITACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE RECIBEN  
ALIMENTOS BÁSICOS, BFET)

## Reembolso para participantes

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL CLIENTE O PARTICIPANTE	
IDENTIFICACIÓN EJAS DEL CLIENTE O PARTICIPANTE	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 - <b>Cuántos:</b> <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 - <b>Número de la tarjeta:</b>	\$
<input type="checkbox"/> Transporte: Tarjeta ORCA/recarga ORCA - <b>Número de la tarjeta:</b>	\$
<input type="checkbox"/> Transporte: Otro (se requiere una explicación)	\$
<input type="checkbox"/> Vestimenta (por ejemplo, ropa para entrevistas, zapatos, botas, uniformes)	\$
<input type="checkbox"/> Cuidado infantil (por ejemplo, copago del CCSP o no CCSP)	\$
<input type="checkbox"/> Asuntos médicos	\$
<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, herramientas y materiales de capacitación	\$
<input type="checkbox"/> Vivienda	\$
<input type="checkbox"/> Servicio de Internet / teléfono móvil y minutos	\$
<input type="checkbox"/> Soporte digital (tablet, laptop, accesorios)	\$
<input type="checkbox"/> Otro: (se requiere una explicación)	\$

**OPCIONAL:** marque debajo si se emitió una tarjeta de regalo o un tipo similar de pago.

Al cliente o participante 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 o participante

Entiendo y acepto lo siguiente:

- Recibí la(s) emisión(es) anterior(es).
- No recibí 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 Trayectorias, 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 O PARTICIPANTE	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL CLIENTE O PARTICIPANTE
----------------------------------	-------	--