

Reimbursement Form [Formulario de Reembolso]

District Committees and Events/Comités a Nivel Distrito y Eventos

Complete in ink./Llene la información en tinta.

Refer to the reverse side of this form for instructions before completing. /Lea las instrucciones atrás antes de completar.

Please check one/ Favor marque uno: Parent/Padre Community Member/Comunidad

Name [Nombre]
(Please Print) [Letra de molde por favor] Last [Apellido] First [Nombre]

Address [Dirección]
Street [Calle] Apt # City [Ciudad] Zip Code [Zona Postal]

Home Phone [Teléfono de la Casa] () _____ **Cell Phone [Teléfono Celular]** () _____
Area Code [Código del Area] Area Code [Código del Area]

School/Agency [Escuela/Agencia] **Local District [Distrito Local]** **Email Address [Correo electrónico]**

Select Committee/Seleccionar un comité

District English Learner Advisory Committee DELAC Parent Advisory Committee (PAC) Community Advisory Committee (CAC)
[Comité del Distrito para Aprendices de Inglés (DELAC)] [Comité Asesor de Padres (PAC)] [Comité Asesor Comunitario (CAC)]

Other/Otro _____

Check Type of Activity: [Marque el Tipo de Actividad:]

Regular Meeting/Reunión Ordinaria Training/Capacitación Conference Attendance/Asistencia a conferencia

Other Activities/Otra Actividad [Describe event/Describe el evento] _____

Representative [Representante] Alternate [Suplente] Other/Otro _____

Date of meeting_[Fecha de la reunión] _____ Site of meeting [Lugar de la reunión] _____

Hours attended [Horas de asistencia]: From _____ To _____
[De] [A]

A. TRANSPORTATION [TRANSPORTE] Please circle one/Favor marque uno:

Actual Expenses[Gastos Reales]

1. Auto: Number of miles traveled round trip: _____ \$ _____
[Automóvil: Número de millas recorridas de ida y vuelta]
(Starting point is the school that is being represented) [La escuela representada es el punto de partida]
2. Bus Fare @ Current Cost [Tarifa del Autobús al Costo].....\$ _____
3. Parking fee only when pre-authorized [Estacionamiento con autorización previa]..... \$ _____
ATTACH PARKING RECEIPT/ADJUNTE RECIBO

TOTAL REIMBURSEMENT [REEMBOLSO TOTAL] \$ _____

AFFIDAVIT [AFIDÁVIT]

B. CHILDCARE (Age 13 is the maximum age for childcare, not including those in need of adult supervision) List the names and ages of your children under 14 years of age, or those dependents with special needs for adult supervision, who qualify you for reimbursement. Persons requesting childcare reimbursement must provide documentation for non-school aged children, including a copy of the birth certificate, or a Record of Birth; or a current court order demonstrating guardianship and control over the educational rights for the child. The documentation will remain confidential and will not be used for any other purpose. Please provide the name of the person providing childcare (**excluding spouses**) for each meeting. If the child who qualifies the parent for reimbursement is of school age, and he or she is absent from school, staff will verify with the school.

CUIDADO DE NIÑOS (La edad máxima para el cuidado de niños es 13 años, que no incluye los que necesitan supervisión de un adulto) Escriba los nombres y edades de sus hijos con menos de 14 años de edad, o sus dependes con necesidades especiales con supervisión adulta, quienes califican para el reembolso. Los solicitantes para reembolso por cuidado de niños de edad no escolar deben proveer documentación que incluye una copia de la partida de nacimiento o un registro de nacimiento; o una copia vigente de la orden tribunal que demuestra la tutela o control sobre los derechos educativos del niño. La documentación se mantendrá confidencial y no se utilizará por cualquier otro motivo. Favor de proveer el nombre de la persona quien provee el cuidado del niño (**no incluye a cónyuges**) para cada reunión. Si el niño que califica al padre para el reembolso es de edad escolar y él o ella está ausente de la escuela, el personal verificará con la escuela.

Number of hours _____ Per hour rate \$ _____ Maximum \$5.99 per hour = _____

[Número de horas] [Tarifa por hora] [Máximo de \$5.99 por hora]

Name of Child _____ Date of Birth _____ Age: _____

[Nombre del niño] [Fecha de nacimiento] [Edad]

Provide reason, if over 5 years of age _____ School _____ Student ID # _____

[Proveer motivo, si es mayor de 5 años] [Escuela] [Número de ID del estudiante]

Name of childcare provider _____

[Nombre del proveedor de cuidado] Last name [Apellido] First name [Nombre]

Only one reimbursement per family (per meeting) will be allowed. Members and alternates must be present at meetings for at least one hour to be eligible to receive reimbursement for committee meetings.

I declare under penalty of perjury that the above is a true and accurate statement of information requested. I am only requesting ONE reimbursement per day/per meeting.

Solamente se permitirá un reembolso por familia (por cada reunión). Los miembros y suplentes deben permanecer presentes en las reuniones por lo mínimo una hora para ser elegibles para recibir reembolso por las reuniones de los comités.

Yo declaro, bajo pena de perjurio, que lo anterior es una declaración verdadera y exacta de la información solicitada. Solamente solicito UN reembolso por día/por reunión.

Signature [Firma]

Date [Fecha]

TO BE COMPLETED BY DISTRICT PERSONNEL [A SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DEL DISTRITO]

Administrator's Signature (Name and Title) _____

Program Code _____

Reimbursement of Expenses [Reembolso de los Gastos]

The procedure for completing the expenses section of this form is: [El procedimiento para completar la sección de gastos de este formulario es el siguiente:]

1. Complete every item requested. (Please print legibly.) [Completar toda la información solicitada.](Por favor escriba claramente en letra de molde).
2. Make certain that your address, including zip code, is correct. Please be sure to include your area code with your telephone number. [Asegúrese que su dirección, incluyendo la zona postal, esté correcta. Asegúrese de incluir el código del área para su número de teléfono.]
3. Should your address and/or phone number change, please promptly notify your local/central district. [En caso de que cambie de dirección y/o número de teléfono, favor de notificar oportunamente al distrito local/central]
4. **Indicate whether you were elected as a parent or community member. Only check one.** [Indique si fue elegido como padre o miembro de la comunidad. Marque uno solamente.]
5. Please indicate your central district committee, school, and advisory committee status, i.e., representative, alternate. [Favor de indicar su estatus en el comité del distrito local o central, o el comité asesor p. ej., representante, suplente.]
6. The name, date, and location of the meeting should be completed by the claimant. Hours of attendance and mileage will be verified by staff. [El nombre, la fecha y el lugar de la reunión deben ser completados por el solicitante. Las horas de asistencia y las millas recorridas serán verificados por el personal.]

TRANSPORTATION/ [TRANSPORTE]

1. Auto [Automóvil]

The total mileage to claim will be the number of miles round trip between the school you represent and the meeting site. [El total de las millas recorridas a solicitar será el número de millas de ida y vuelta entre la escuela que usted representa y la ubicación de la reunión].

2. Bus Fare [Tarifa del Autobús]

Bus Fare will be reimbursed at the current rate; show total amount. [La tarifa del autobús será reembolsada al valor actual; mostrar la cantidad total.]

3. Parking [Estacionamiento]

Parking fees will be reimbursed only with prior approval of the Superintendent or designee. [Los pagos por estacionamiento serán reembolsados únicamente con la aprobación previa del Superintendente o la persona designada.]

To learn more about the rate for mileage reimbursement, view <https://www.cde.ca.gov/sp/cd/ci/eesdcontractortravel.asp>

Para aprender más acerca de la tarifa para el reembolso de millas recorridas, consulte con el enlace anterior.

CHILDCARE [CUIDADO DE NIÑOS]

Reimbursement is provided at actual cost only and may not exceed \$5.99 per hour, irrespective of the number of children to be supervised. The total number of hours you may claim for childcare will be the total hours of attendance at the meeting and one additional hour before and after the meeting if you need to travel to gain childcare. If childcare is claimed for any child over five years of age, you must give the reason why the child is not in school. **Reimbursement is allowed only for parents or legal guardians of the child being cared for.** List the names and ages of your children who qualify you for reimbursement. Persons requesting childcare reimbursement must provide documentation including a copy of the birth certificate, or a Record of Birth, or a current court order demonstrating guardianship of the child not enrolled in school. Persons must also provide the name of the person providing childcare (**excluding spouse**) for each meeting of which the childcare reimbursement is requested. If the child who qualifies the parent for reimbursement is of school age, staff may verify the child's absence with the school. These documents will remain confidential and will not be used for any other purpose.

To learn more about the rate of childcare reimbursement, view <https://www.cde.ca.gov/sp/cd/op/factsheet18.asp>

Solamente se otorgará reembolso en base al costo actual y no puede ser más de \$5.99 por hora, sin importar el número de niños que requieren supervisión. El número total de horas que usted puede solicitar por cuidado de niños será el número total de horas de asistencia en la reunión y una hora adicional antes y después de la reunión por motivos de transporte. Si se solicita reembolso por cada niño mayor de cinco años, usted debe proveer el motivo por qué el niño no se presentó a la escuela. **Solamente se permite reembolso para los padres y tutores legales del niño a quien se le provee cuidado.** Escriba los nombres y edades de los niños quienes califican para el reembolso. Los solicitantes de reembolso por cuidado de niños deben proveer documentación que incluye una copia de la partida de nacimiento, o, un registro de nacimiento, o una orden tribunal vigente que muestra tutela del menor no inscrito en la escuela. Los solicitantes deben también proveer el nombre de la persona que provee el cuidado de niños (**no incluyendo a cónyuges**) para cada reunión para la cual se solicita el reembolso. Si el niño que califica al padre para el reembolso es de edad escolar, el personal verificará la ausencia del estudiante con la escuela. La documentación se mantendrá confidencial y no se utilizará por cualquier otro motivo.

Para aprender más acerca de la tarifa de reembolso por cuidado de niños, consulte con el enlace anterior.

PROCEDURE FOR PAYMENT [PROCEDIMIENTO PARA PAGO]

The procedure for payment is as follows: [El procedimiento para el pago es el siguiente:]

Central sponsored meetings/trainings copies are to be forwarded to Accounts Payable. Originals are to be retained by the Office of Parent and Community Services administrator, and fiscal specialist, along with a copy of the agenda and sign-in sheet for a minimum of five years after the meeting/training. Warrants will be mailed directly to the person requesting the reimbursement. [Para los programas de capacitación patrocinados por el distrito central, las copias deben ser enviadas a la oficina de cuentas a pagar. El documento original debe permanecer a cargo del administrador de la Oficina de Servicios para los Padres y la Comunidad y a cargo de la persona designada, o el especialista fiscal, junto con una copia de la agenda, la lista de asistencia por un mínimo de cinco años a partir de la reunión/capacitación. Las autorizaciones serán directamente enviadas a la persona que solicita el reembolso.]

NOTE: All items requiring receipts will be reimbursed when receipts are attached.

[NOTA: Todas las cuestiones que requieran recibos serán otorgadas el reembolso una vez que se adjunten los recibos.]