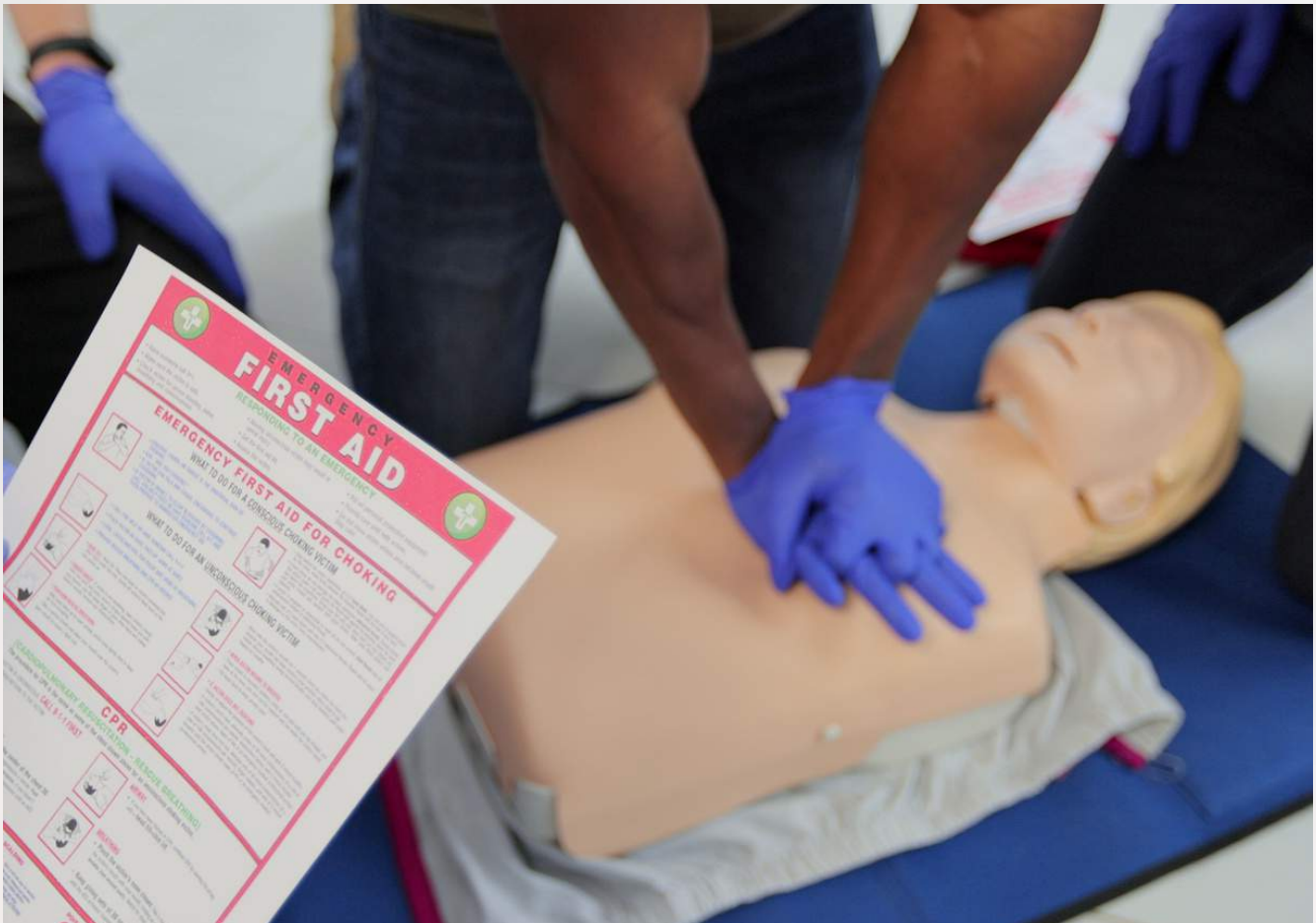




# CPR TRAINING REIMBURSEMENTS

REEMBOLSOS PARA ENTRENAMIENTO DE RCP



APPLICATION PERIOD  
PERIODO DE APLICACIÓN:  
7/1/2023 - 6/30/2024

RECEIVE UP TO \$150

RECIBA UN REEMBOLSO  
DE HASTA \$150

Funded by the California Department of Social Services  
Financiado por el Departamento de Servicios Sociales de California



**2023 - 2024**



## REIMBURSEMENT REQUIREMENTS

- Training must be taken between 07/01/23 - 06/30/24
- Must reside or work with children in the Crystal Stairs Resource & Referral (R&R) Service Area
- Training must be provided by an EMSA-approved organization and comply with Community Care Licensing regulations
- Individual cards must state Pediatric CPR, Pediatric First Aid and/or Preventative Health & Safety Practices
- Third party reimbursements are prohibited
- Reimbursement requests must be submitted by June 30, 2024



## REQUISITOS DE REEMBOLSO

- Los entrenamientos deben haber ocurrido entre 07/01/23 - 06/30/24
- Debe vivir o trabajar con niños en la area de servicios de Recursos y Referencias (R&R) de Crystal Stairs
- Los entrenamientos deben haber sido probados por una organización aprobada por EMSA y cumplir con las reglas de Community Care Licensing
- Tarjetas individuales deben declarar RCP Pediatrico, Primeros Auxilios Pediatrico y/o Practicas Preventivas de Salud & Seguridad
- Reembolsos de grupos terceros son prohibidos
- Solicitudes de reembolso deben ser entregados antes del 30 de junio del 2024

### R&R SERVICE AREA ZIP CODES/ CÓDIGO POSTALES DE R&R:

90001, 90002, 90003, 90007, 90008,  
90009, 90011, 90015, 90016, 90018,  
90037, 90043, 90044, 90047, 90056,  
90058, 90059, 90061, 90062, 90220,  
90221, 90222, 90247, 90248, 90249,  
90250, 90260, 90261, 90262, 90301,  
90302, 90303, 90304, 90305

QUESTIONS? ¿PREGUNTAS? (888) 543-7247

TO FIND AN EMSA  
APPROVED TRAINING,  
SCAN HERE:



PARA ENCONTRAR UNA  
CAPACITACION APROBADA  
DE EMSA, ESCANEE AQUI

## **SUBMIT THE FOLLOWING FOR REIMBURSEMENT:**

1. CPR Reimbursement Application, one per person
2. Copy of Training Cards, front and back
3. Copy of Preventative Health & Safety Practice Certificate (if applicable)
4. Copy of Payment Receipt (invoices not permitted)
5. Training Participant Letter: If training participant did not pay for training, he/she must state this in writing. Letter must be signed, dated and included with application

## **PRESENTE LO SIGUIENTE PARA REEMBOLSO:**

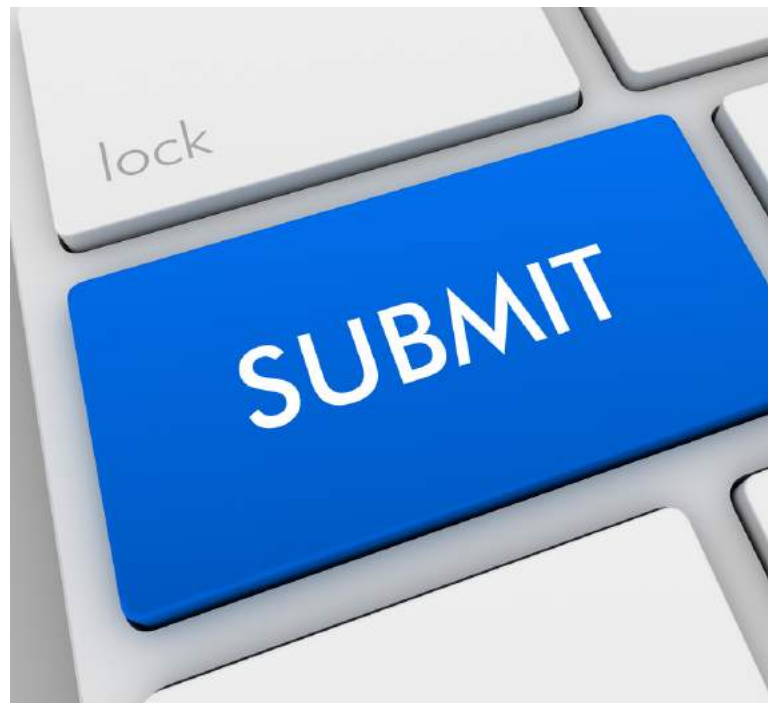
1. Solicitud de Reembolso de RCP, uno por persona
2. Copia de las tarjetas de entrenamiento, frente y reverso
3. Copia de certificado de Practicas Preventivas de Salud y Seguridad (si aplica)
4. Copia de recibo de pago (mandar fractura no es permitido)
5. Carta del participante de entrenamiento: Si el participante no pago por su entrenamiento, el/ella debe declarar por escrito. La carta debe ser firmad, fechada y incluida con la solicitud

### **SUBMIT TO R&R BY ENVIE A R&R POR:**

**EMAIL/CORREO ELECTRONICO:**  
CPRProject@crystalstairs.org

OR

**MAIL/CORREO:**  
Crystal Stairs, Inc.  
R&R Department - CPR Project  
5110 W. Goldleaf Circle, Suite 150  
Los Angeles, CA 90056



**DEADLINE: JUNE 30, 2024**

Reimbursements are subject to available funding and will be processed on a first-come, first-served basis.

**FECHA LÍMITE: EL 30 DE JUNIO DEL 2024**

Los reembolsos están sujetos a los fondos disponibles y se procesarán en un base por orden de llegada.

# REIMBURSEMENT APPLICATION \*One per person

\*Reimbursements are subject to available funding and will be processed on a first come, first served basis.

Applicant Name: \_\_\_\_\_  
(First Name, Middle Initial and Last Name)

Home Address: \_\_\_\_\_  
(Street, Apt. #/Unit #, City and Zip Code)

Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Training Institution: \_\_\_\_\_ Name of Trainer: \_\_\_\_\_

## Complete **ONLY ONE** of the following boxes:

**Family Child Care (FCC) Home:** Position: \_\_\_\_\_

License Number: \_\_\_\_\_  License Pending

Licensee Name: \_\_\_\_\_ FCC's Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
(Street, Apt. #/Unit #, City and Zip Code)

**Center-Based Staff:** Position: \_\_\_\_\_

License Number(s): \_\_\_\_\_  Exempt

Business Name: \_\_\_\_\_ Center's Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
(Street, Apt. #/Unit #, City and Zip Code)

**License-Exempt (TrustLine):** You are a:  Relative  Friend  Other

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
(Street, Apt. #/Unit #, City and Zip Code)

### ATTACH THE REQUIRED DOCUMENTS FOR REIMBURSEMENT:

- CPR Reimbursement Application, **one per person**
- Copy of Training Cards, front and back
- Copy of Preventative Health & Safety Practices Certificate (if applicable)
- Copy of Payment Receipt (**invoices not permitted**)
- Letter from Training Participant (if applicable)

**NOTE:**  
Reimbursement requests must be submitted by June 30, 2024.  
**INCOMPLETE AND ILLEGIBLE APPLICATIONS WILL NOT BE PROCESSED AND WILL BE RETURNED**

**Crystal Stairs, Inc. Use Only**  
CC3# \_\_\_\_\_  
MCCP# \_\_\_\_\_

# SOLICITUD DE REEMBOLSO \*Una por persona

\*Los reembolsos estan sujetos a los fondos disponibles y se procesaran por orden de llegada.

Nombre de Solicitante: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre, Inicial y Apellido)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(Calle, Apt.#/Unidad#, Ciudad y Código Postal)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Institución de Entrenamiento: \_\_\_\_\_ Nombre de Entrenador: \_\_\_\_\_

## Completa **SOLO UNA** de las siguientes cajas:

**Cuidado de Niños de Hogar:** Posición: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia: \_\_\_\_\_  Licencia en Trámite

Nombre de Proveedor(a): \_\_\_\_\_ Teléfono del Negocio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle, Apt.#/Unidad#, Ciudad y Código Postal)

**Personal de Centro:** Posición: \_\_\_\_\_

Número(s) de Licencia: \_\_\_\_\_  Sin Licencia

Nombre de Centro: \_\_\_\_\_ Teléfono del Centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle, Apt.#/Unidad#, Ciudad y Código Postal)

**Sin Licencia (TrustLine):** Eres una/un:  Familiar  Amistad  Otro

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Calle, Apt.#/Unidad#, Ciudad y Código Postal)

### ADJUNTE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL REEMBOLSO:

- Solicitud de Reembolso de RCP, **uno por persona**
- Copia de las tarjetas de entrenamiento, frente y reverso
- Copia de certificado de Prácticas Preventivas de Salud y Seguridad (si aplica)
- Copia del recibo de pago (**fracturas no permitido**)
- Carta del participante de entrenamiento (si aplica)

**TOME NOTA:**  
Solicitudes de reembolso deben ser entregados antes del 30 del junio de 2024. **Solicitudes incompletas o ilegibles no serán procesadas y serán devueltas.**

**Crystal Stairs, Inc. Use Only**  
CC3# \_\_\_\_\_  
MCCP# \_\_\_\_\_



**Crystal Stairs, Inc.**  
**5110 W. Goldleaf Circle, Suite 150**  
**Los Angeles, CA 90056**

## **Follow Us/Sigüeneños**



**@CRYSTALSTAIRSLA**



**@CRYSTALSTAIRSLA**



**@CRYSTAL.STAIRS1**

**CRYSTALSTAIRS.ORG**