

PUBLIC AUTHORITY SERVICES BY SOURCEWISE 工作發展/生活提高基金申請表

在聖克拉拉郡[Santa Clara County]為 IHSS 獨立護理提供者 (IPs) 建立了生活提高基金。IPs 應從此基金報銷參加批准的計畫或教育和培訓課程的學費和課本 (但是沒有其他材料) 費, 每個日曆年最多 500.00 美元。

請注意以下條件：

- a) 計畫或課程必須在下班狀態時完成。
- b) 計畫或課程必須教授一項與家庭護理提供者的健康或工作功能相關的技能。
- c) 在參加計畫之前, IP 必須向 Sourcewise 的公共機關服務遞交工作發展/生活提高基金申請, 列出計畫或課程的名稱、講師姓名和入學日期。此申請表必須在課程或計畫的**開始日期前**不少於**三十 (30) 日曆日**遞交。公共機關將審查申請並在收到申請後十 (10) 個工作日內通知 IP 批准或拒絕。
- d) IP 必須在被一位顧客雇用時或在註冊表上活躍時開始並成功完成計畫或課程。
- e) 在完成計畫或課程後, IP 必須向公共機關服務遞交報銷請求以及學費和課本費的任何收據, 加上一份學校成績單或成功完成證書。
- f) 如果在任何給定年份獻給工作發展/生活提高基金的金額耗盡, 則在該年不再接受進一步申請。就此處所述目的, 一年應被認為是從 1 月 1 日到 12 月 31 日。

請完成並以以下方式之一遞交附上的申請表：

電子郵箱：patraining@pascc.org

傳真：(408) 296-8340 回復：生活提高基金

郵件：Public Authority Services by Sourcewise
回復：生活提高基金
3100 De La Cruz Blvd, Suite 310
Santa Clara, CA 95054



PUBLIC AUTHORITY SERVICES BY SOURCEWISE 工作發展/生活提高基金申請表

姓名：_____ 日期：_____

地址：_____

電話：_____ IP 狀態（圈出一個）： 活躍/在工作

提供者 ID #：_____ 不活躍/不在工作

在註冊表上活躍

您請求批准的班級名稱：_____

提供課程的機構（例如：社區大學，成人教育，社區中心，紅十字會等）的名稱和地址是什麼？

講師姓名：_____

班級日期：_____

請簡要描述您為之遞交請求的班級：

班級和文本的費用是多少：_____

公共機關將在收到此申請表後十（10）個工作日內通知您批准或拒絕。如果是批准，您有責任遞交參加班級的收據和證明以及完成完成課程的證明以收到達每年最多 500 美元的花費報銷。只考慮報銷適當的收據上所列出的費用