



CPR TRAINING REIMBURSEMENTS

REEMBOLSOS PARA ENTRENAMIENTO DE RCP



Scan QR code above
for digital version

Escanear el código QR
para versión digital

APPLICATION PERIOD
PERIODO DE APLICACIÓN:
7/1/2024 - 6/30/2025

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



2024 - 2025



REIMBURSEMENT REQUIREMENTS

- Training must be taken between 07/01/24 - 06/30/25
- 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, 2025



REQUISITOS DE REEMBOLSO

- Los entrenamientos deben haber ocurrido entre 07/01/24 - 06/30/25
- 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 2025

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, ESCANEAR 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, along with the cost of the training. Letter must be signed, dated and included with application

PRESENTE LO SIGUIENTE PARA REEMBOLSO:

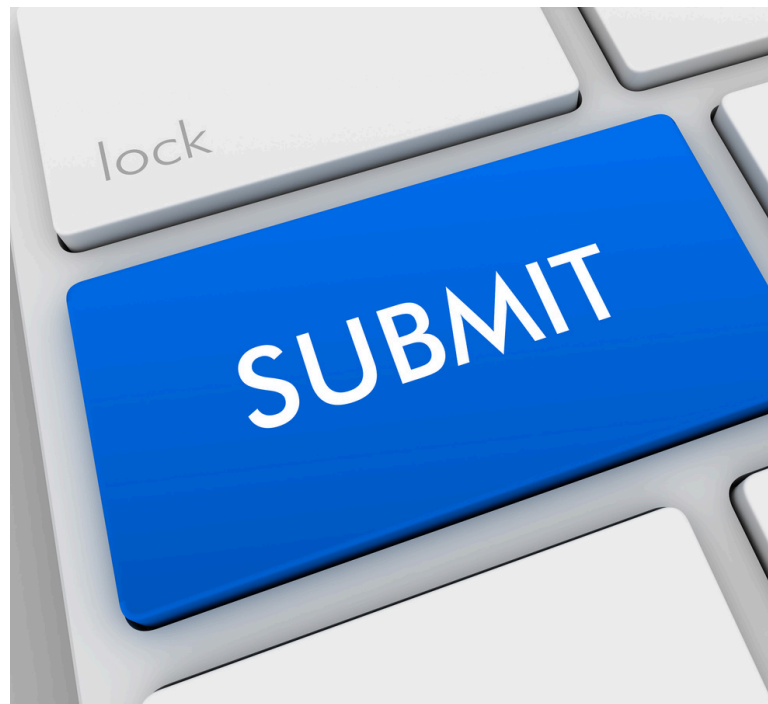
- 1.Solicitud de Reembolso de RCP, uno por persona
- 2.Copia de las tarjetas de entrenamiento, frente y reverso
- 3.Copia de Certificado de Practicas Preventivas de Salud y Seguridad (si aplica)
- 4.Copia de recibo de pago (mandar fractura no es permitido)
- 5.Carta del participante de entrenamiento: Si el participante no pago por su entrenamiento, el/ella debe declarar por escrito, incluyendo el costo del entrenamiento. 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 / O

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



DEADLINE: JUNE 30, 2025

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

FECHA LÍMITE: EL 30 DE JUNIO DEL 2025

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

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, 2025. **INCOMPLETE AND ILLEGIBLE APPLICATIONS WILL NOT BE PROCESSED AND WILL BE RETURNED**

Crystal Stairs, Inc. Use Only
CC4# _____
MCCP# _____

SOLICITUD DE REEMBOLSO

*Una por persona

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

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 Tramite

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 2025. **Solicitudes incompletas o ilegibles no serán procesadas y serán devueltas.**

Crystal Stairs, Inc. Use Only
CC4# _____
MCCP# _____



Crystal Stairs, Inc.

Resource & Referral Department

5110 W. Goldleaf Circle, Suite 150

Los Angeles, CA 90056

Follow Us /Síguenos



@CRYSTALSTAIRSLA



@CRYSTALSTAIRSLA



@CRYSTAL.STAIRS1

CRYSTALSTAIRS.ORG