



HEALTH & SAFETY TRAINING REIMBURSEMENTS

REEMBOLSOS PARA ENTRENAMIENTO EN SALUD Y SEGURIDAD

Application Period
Período de Aplicación:

7/01/2025 - 6/01/2026

Scan QR code below
for digital version



Escanear el código QR
para la versión digital

RECEIVE UP TO \$150

**RECIBA UN REEMBOLSO
HASTA \$150**



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

REIMBURSEMENT REQUIREMENTS

- Training must be taken between 7/01/2025 - 6/01/2026
- Must reside or work with children in the Crystal Stairs Resource & Referral (R&R) Service Area
- Training must be in-person and provided by an EMSA-approved organization, or approved courses from an accredited college
- Individual cards/certificates 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 1, 2026**

TO FIND AN EMSA
APPROVED TRAINING,
SCAN HERE:



PARA ENCONTRAR UNA
CAPACITACION
APROBADA DE EMSA,
ESCANEAR AQUI

R&R SERVICE AREA ZIP CODES / CÓDIGO POSTALES DE SERVICIOS 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

REQUISITOS DE REEMBOLSO

- Los entrenamientos deben haber ocurrido entre 7/01/2025 - 6/01/2026
- Debe vivir o trabajar con niños en el area de servicio de Recursos y Referencias (R&R) de Crystal Stairs
- La capacitación debe ser en persona y proporcionada por una organización aprobada por EMSA, o cursos aprobados de una universidad acreditada.
- Tarjetas/certificados individuales deben indicar RCP Pediátrica, Primeros Auxilios Pediátricos y/o Prácticas Preventivas de Salud y Seguridad
- Reembolsos de grupos terceros son prohibidos
- Solicitudes de reembolso deben ser entregados antes del 1 de junio del 2026

HOW TO SUBMIT/CÓMO ENVIAR:

CPRProject@CrystalStairs.org
or/o:

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

Applications will be processed on a first-come, first-served basis, pending available funding. Incomplete applications will not be reviewed and will be returned.

Las solicitudes se procesarán por orden de llegada, sujeto a la disponibilidad de fondos. Las solicitudes incompletas no serán revisadas y serán devueltas.

REIMBURSEMENT APPLICATION/SOLICITUD DE REEMBOLSO

**One per person/Una por persona*

Applicant Name (Name on certificate)/ Nombre de Solicitante (el nombre en el certificado):

(First Name/Primer Nombre, Last Name/Apellido)

Position/Posición: Phone/Teléfono:

Email/Correo Electrónico:

Site/Employer Name | Nombre del sitio/Empleador:

Facility License #/# de Licencia: ☐ License Pending/Licencia en Trámite

Facility Address/Domicilio de Negocio: (Street, Apt.#, Unit#, City & Zip Code / Calle, Apt.#, Unidad#, Ciudad y Código Postal)

Home Address/Domicilio de Hogar: (Street, Apt.#, Unit#, City & Zip Code / Calle, Apt.#, Unidad#, Ciudad y Código Postal)

Training Institution/Institución de Entrenamiento:

Name of Trainer/Nombre de Entrenador:

Mark one/Marca uno:

- ☐ Family Child Care Provider or Assistant/Proveedor(a) o Asistente
- ☐ Child Care Center/Centro de Cuidado de Niños
- ☐ License-Exempt Provider/Proveedor(a) Sin Licencia:
 - ☐ Relative/Familiar
 - ☐ Friend/Amistad
 - ☐ Other/Otro

I HAVE ENCLOSED EACH OF THE FOLLOWING BY 6/01/2026:

- ☐ CPR Reimbursement Application (one per person)
- ☐ Copy of training cards (front and back)
- ☐ Copy of Preventative Health & Safety Training Certificate (if applicable)
- ☐ Copy of payment receipt (must include payor's name and name of training institution/trainer)
- ☐ Letter from Training Participant (If training participant did not pay for training, a signed & dated statement from the participant must be submitted)

HE INCLUIDO CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ANTES DEL 6/01/2026:

- ☐ 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 (Incluya el nombre del pagador y el nombre del entrenador)
- ☐ Carta del Participante de Entrenamiento (Si el participante no pago, se debe presentar una declaración firmada y fechada del participante)



Resource & Referral Department
5110 W. Goldleaf Circle, Suite 150
Los Angeles, CA 90056

QUESTIONS?
¿PREGUNTAS?

 **(888) 543-7247**
 **CPRProject@CrystalStairs.org**

Follow Us /Síguenos



@CrystalStairsLA



@Crystal.Stairs1



@CrystalStairsLA

CrystalStairs.org