

**PARENT/POLICY COUNCIL/REIMBURSEMENT CLAIM
SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL CONSEJO DE POLÍTICAS**

☐ Migrant Head Start/ Head Start Migrante ☐ Regional/Early Head Start

Parent Information/Información del Padre

Name _____ Vendor ID # _____
Nombre _____ # de Identificación de Vendedor _____
Address _____
Dirección _____
Street/Calle _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip _____

Mailing Address, if Different _____
Dirección de correo, si es diferente _____

Telephone _____ Agency/Agencia _____
de Teléfono () _____

Meeting Information / Información de la Reunión

Date/Fecha _____ Location/Lugar _____

Purpose ☐ Sub-Committee/Subcomité ☐ Parent
Propósito ☐ Representative/Representante ☐ Other/Otro _____
☐ Alternate /Alternante

Meeting Expenses / Gastos de la Reunión

Miles claimed (roundtrip) _____
Millaje (viaje redondo) _____
Childcare total hours _____
Horas de cuidado de niños _____
Number of children _____
Cantidad de niños _____
Age of children _____
Edades de los niños ____/____/____/____
Name of childcare provider _____
Nombre de la proveedora _____
Provider's Address: _____
Dirección de proveedora _____
Meals: Breakfast Lunch Dinner
Comidas Desayuno Almuerzo Cena _____

**FOR OFFICE USE ONLY
SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA**

Mileage Total..... \$ _____

_____ x _____ x \$ _____ = \$ _____
(# children X # hours X \$ Rate) = Childcare Total

Meals Total:..... \$ _____

Total:..... \$ _____

I hereby testify that the information above is true and correct. *Por la presente certifico que la información de arriba es verdadera y correcta.*

Signature of Claimant _____ Date _____
Firma del solicitante _____ Fecha _____

For Office Use Only / Sólo para el uso de la oficina

Date Approved: _____ TOTAL AMOUNT \$ _____

Authorized By: _____ Signature _____ Title _____

ACCOUNT	LN	VENDOR	AMOUNT	DESCRIPTION
		V		
		V		
		V		

Warrant No. _____ Date Paid _____