|  |  |
| --- | --- |
| [Community-Based Organization Name] Dirección  Ciudad, código postal  Teléfono: xxxxxxx  N.º de identificación fiscal/identificación del empleador xxxxxx  N.º de contrato de la OHA xxxxxx | FACTURA factura n.º xxxxFecha: xxxx |
| Para: Autoridad de salud de Oregón CBO COVID-19  800 NE Oregon St., Ste. 930  Portland, OR 97232  Teléfono: 971-673-2284 | |

|  |
| --- |
| Enviar la factura a [community.covid19@dhsoha.state.or.us](mailto:community.covid19@dhsoha.state.or.us) |

|  |  |
| --- | --- |
| DESCRIPCIÓN | TOTAL |
| Factura para el subsidio de la CBO por COVID-19 tal como se detalla en el contrato de subsidio para el pago inicial. | xxxx |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Total adeudado | xxxx |

Hacer los cheques a nombre de [Community-Based Organization Name]

Si tiene alguna pregunta relacionada con esta factura, comuníquese con su Coordinador de participación comunitaria o [community.covid19@dhsoha.state.or.us](mailto:community.covid19@dhsoha.state.or.us).

Pago contra entrega.