



**DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDADES Y PERSONAS DE LA TEERCERA EDAD**

**Mes/ Año** \_\_\_\_\_

El viaje para el beneficiario aprobado será reembolsado bien sea al millaje estatal o al de la agencia, el que sea más bajo. Este formulario se usa para viajes para citas médicas o no médicas (servicios diurnos y otras actividades relacionadas).

*Millaje – El monto será calculado por el personal de la agencia utilizando un millaje de punto a punto.*

*Comidas – Se requieren recibos para el beneficiario.*

*Hospedaje – Se requieren recibos para el beneficiario.*

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

| Fecha | Lugar de Partida | Hora de Partida AM/PM | Lugar de Llegada | Hora de Llegada AM/PM | Miles | Amt * | Alojamiento | Desayuno | Almuerzo | Cena | TOTAL |
|-------|------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-------|-------|-------------|----------|----------|------|-------|
|       |                  |                       |                  |                       |       |       |             |          |          |      |       |
|       |                  |                       |                  |                       |       |       |             |          |          |      |       |
|       |                  |                       |                  |                       |       |       |             |          |          |      |       |
|       |                  |                       |                  |                       |       |       |             |          |          |      |       |
|       |                  |                       |                  |                       |       |       |             |          |          |      |       |

**TOTAL GENERAL** \_\_\_\_\_

Al firmar y fechar este Formulario de Transporte, Yo, la persona financiada o representante legal, indico que toda la información anterior es correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma de Persona Financiada o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Todos los beneficiarios del Programa de Apoyo Familiar firman un Plan de Servicio anual con la agencia.**

**El Plan de Servicio documenta el servicio y monto aprobado por el año. Este Formulario de Reembolso es para reembolsarle a usted por el viaje aprobado.**