

Formulario de Reembolso de Millas por Transporte Médico en Casos de
No Emergencia

Información del Pasajero

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Si el solicitante es menor de edad o se encuentra bajo curatela, proporcione información del tutor/curador

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Dirección: _____

Dirección postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular _____

Teléfono Laboral: _____ Correo electrónico: _____

Relación: _____

Información del Conductor Voluntario

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Inicial del segundo nombre _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha del viaje: _____ Millas de viaje ida y vuelta: _____

Desde: _____ Hacia: _____

Prestador de servicios médicos: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Certifico que el paciente arriba identificado asistió a este establecimiento para recibir los servicios médicos necesarios.

Sello del Consultorio Médico:



Certifico que toda la información anteriormente suministrada es verdadera y exacta, y que el conductor voluntario tiene una licencia para conducir el vehículo automotor, registro del vehículo y seguro de responsabilidad civil. Entiendo y acepto que la Autoridad de Tránsito de Eastern Sierra no asume responsabilidad alguna por mi elección personal del conductor ni ninguna responsabilidad por el seguro. **Las solicitudes se deben enviar a más tardar el día 10 del mes siguiente al mes de viajes.** El procesamiento del pago tardará 30 días. Las solicitudes de reembolso se aceptarán sujeto a la disponibilidad de fondos para los pagos de reembolso. Si no hay fondos disponibles, los pagos no se realizarán.

Firma del pasajero

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma del conductor voluntario

Nombre en letra de imprenta

Fecha