



SEGURO SOCIAL DEL BENEFICIARIO
NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL/LA NIÑO(A) _____

NÚMERO DE CASO DE DSCC _____

Si recibe un adelanto para sus gastos de viaje, tiene que devolver este formulario de inmediato.

Si recibe un adelanto para sus gastos de viaje y la cita futura se cancela y no obtiene otra dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la cita original, tiene que devolver este formulario y el adelanto de inmediato. De lo contrario, se verá afectada su posibilidad de recibir asistencia. Tiene que notificar a su Coordinador de Cuidado de la nueva cita.

<p>1. La cita/conferencia educativa se llevó a cabo en _____ <i>(indique el nombre del hospital, la clínica, el médico o la conferencia)</i> en _____ <i>(ciudad/estado)</i>. Fecha de la cita/conferencia _____</p> <p>2. Proporcione la fecha, hora y lugar donde comenzó el viaje _____</p> <p>3. Proporcione la fecha, hora y lugar donde terminó el viaje _____</p> <p>4. ¿Cómo viajó? <input type="checkbox"/> automóvil <input type="checkbox"/> tren <input type="checkbox"/> avión <input type="checkbox"/> autobús <input type="checkbox"/> otro _____</p> <p>5. Si viajó por automóvil, ¿cuántas millas en total (viaje redondo)? _____</p> <p>6. Si fue por tren, avión o autobús, ¿pagó usted el pasaje? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, adjunte el recibo.</p> <p>7. ¿Pasó la noche en algún lugar? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, ¿dónde? _____ ¿Cuántas noches? _____ ¿Pagó la cuenta? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, adjunte el recibo.</p> <p>8. Para fines de reembolso de comidas, ¿quiénes viajaron? <input type="checkbox"/> Niño(a), padre/tutor # _____, Otros _____. Total # _____</p> <p>9. ¿Fue hospitalizado el/la niño(a)? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no</p> <p>10. Anote los gastos de viaje adicionales (p. ej. taxi, estacionamiento, cuotas de conferencia, peaje) y cantidades. Adjunte recibos de los gastos de más de \$10.00. _____ _____</p>	<p>TOTAL DE TRANSPORTE \$ _____</p> <p>TOTAL DE HOSPEDAJE \$ _____</p> <p>CANTIDAD DE COMIDAS _____ <i>(máximo 4)</i></p> <p>TOTAL DE COMIDAS \$ _____</p> <p>TOTAL MISCELÁNEOS \$ _____</p> <p>MENOS ADELANTO \$ _____</p> <p>TOTAL FINAL \$ _____</p>
---	--

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA REGIONAL

Yo certifico que los gastos indicados en el registro fueron pagados para servicios aprobados por la DSCC.

FIRMA DEL BENEFICIARIO _____ FECHA _____

SÓLO PARA USO DE DSCC

VERIFICATION OF PAYEE & ADDRESS:

Payment: FRA _____ Spouse of FRA in same household _____ Other _____ (must be enrolled in CPS)

I approve the reimbursement for the travel expenses indicated above. The travel approved complies with Policy 03-2.

CARE COORDINATOR/PCA CERTIFICATION _____ DATE _____

RM/ARM APPROVAL _____ DATE _____

***** INSTRUCCIONES DETALLADAS AL REVERSO*****

QUÉ DEBE HACER PARA RECIBIR EL REEMBOLSO DE GASTOS DE VIAJE POR SERVICIOS MÉDICOS.

- **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL DEL BENEFICIARIO:** Anote el número de Seguro Social, nombre y dirección postal de la persona que recibirá el reembolso. Si el beneficiario (persona que recibirá el reembolso) que vive en la misma casa que el adulto económicamente responsable prefiere recibir el reembolso directamente, el beneficiario debe estar inscrito en la DSCC como proveedor.
- **NOMBRE DEL/LA NIÑO(A) Y NÚMERO DE CASO:** Anote el nombre legal del/la niño(a) y el número de caso (seis dígitos) de la División de Cuidado Especializado para Niños (DSCC).
- Firme el formulario y ponga la fecha. Envíe los recibos originales de hospedaje y/o cualquier gasto de más de \$10.00.
- Por favor envíe este formulario de reembolso en un plazo de **treinta (30) días** de la fecha del servicio.

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

1. Anote el nombre, la ubicación y la fecha de la cita.
2. Anote la fecha, hora y lugar en donde comenzó el viaje (p. ej. 3/14/10, 8 a.m., Lincoln, IL).
3. Anote la fecha, hora y lugar en donde terminó el viaje (p. ej. 3/14/10, 2 p.m., Lincoln, IL).
4. Marque los medios de transporte.
5. A note el total de millas viajadas si fue en automóvil. El reembolso de millas para el uso de su automóvil particular es basado en las normas de la Universidad vigentes al tiempo del viaje. No se requieren recibos de la gasolina.
6. Adjunte el recibo si pagó el pasaje de tren, avión o autobús.
7. Si se quedó la noche, indique el nombre del lugar en el que se quedó (p. ej. Motel XYZ, casa Ronald McDonald y cuántas noches se quedó. Puede recibir asistencia con el costo de alojamiento para los padres durante una hospitalización, si no hay ningún otro recurso disponible. Adjunte el recibo si pagó la cuenta de alojamiento (no se acepta cobro directo a DSCC). **Llame a la Oficina Regional para obtener la cantidad máxima de reembolso para alojamiento dentro y fuera del estado.**

NOTA: Las personas discapacitadas podrían requerir consideraciones especiales de alojamiento y se le puede reembolsar el costo real del alojamiento en el lugar menos costos que tiene adaptaciones para personas discapacitadas.

8. Indique la categoría y número de personas que requirieron alojamiento para calcular el reembolso de comidas.
9. Indique si el/la niño(a) fue hospitalizado(a).

NOTA: El reembolso máximo por comidas es \$20.00 por noche de hospedaje, independientemente de la hora a la que comenzó o se terminó el viaje para un máximo de cuatro (4) individuos. El/la niño(a) no está incluido(a) en el reembolso de comidas cuando está hospitalizado(a).

10. Anote cualquier otro gasto adicional que pagó durante el periodo de viaje "(p. ej. estacionamiento \$10.50, \$3.00, \$2.50; peaje \$0.50)." **Adjunte los recibos originales si los gastos exceden \$10.00. No es necesario proporcionar recibos para las comidas.**

FIRMA DEL BENEFICIARIO: Firma del beneficiario cuyo número de seguro social está anotado al principio del formulario. Fecha en que firmó.

El personal de la Oficina Regional de la DSCC completará las secciones de APROBACIÓN DE LA OFICINA REGIONAL, INFORMACIÓN DE LA CUENTA DIRECTA Y LOS TOTALES DE CADA LÍNEA.