

NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

NÚMERO DE LA DSCC _____

Si usted recibe un anticipo por viaje, debe devolver este formulario inmediatamente. Si usted recibe un anticipo por viaje y la cita futura es cancelada y no se reprograma dentro de los treinta (30) días a partir de la cita original, deberá devolver este formulario y el anticipo inmediatamente. No hacerlo afectará su elegibilidad para recibir asistencia en viaje. Debe notificar al Coordinador de Cuidado sobre nuevas citas.

1. La cita/conferencia educativa se llevó a cabo en _____
(escriba el nombre del hospital, clínica, médico o conferencia)
 en _____ Fecha de la cita/conferencia _____
(ciudad, estado)

2. Indique la fecha, la hora y el sitio donde comenzó el viaje _____

3. Indique la fecha, la hora y el sitio donde concluyó el viaje _____

4. ¿Cómo viajó? Automóvil Tren Avión Autobús Otro _____

5. Si viajó en automóvil, ¿cuántas millas recorrió en total (viaje de ida y vuelta)? _____

6. Si viajó en tren, en avión o en autobús, ¿pagó el pasaje? Sí No

Si la respuesta es sí, adjunte el recibo.

COSTO TOTAL DEL TRANSPORTE \$ _____

7. ¿Pasó la noche en algún lugar? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿dónde? _____ ¿Por cuántas noches? _____

¿Usted pagó por los gastos? Sí No

Si la respuesta es sí, adjunte el recibo.

COSTO TOTAL DE ALOJAMIENTO \$ _____

8. Subsidio de alimentación por la noche (\$20 por familia por noche de estadía, es decir \$20 x la cantidad de noches).

COSTO TOTAL DE LAS COMIDAS \$ _____

9. Enumere cualquier otro gasto adicional relacionado con el viaje (por ejemplo: taxi, estacionamiento, gastos de la conferencia, peajes) y la cantidad de dinero.
 Adjunte el recibo de cada gasto superior a los \$10. No son necesarios los recibos de peajes.

TOTAL DE GASTOS MISCELÁNEOS \$ _____

MENOS ANTICIPOS \$ _____

TOTAL FINAL \$ _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA REGINAL

Certifico que los gastos que figuran en el registro de viajes fueron realizados por servicios aprobados por la DSCC de la.

FIRMA DEL BENEFICIARIO: _____ FECHA: _____

SOLO PARA USO DE LA DSCC

VERIFICATION OF PAYEE & ADDRESS:

Payee: Applying LRA Spouse in Same Household Other (must be enrolled)

I approve the reimbursement for the travel expenses indicated above. The approved travel complies with the Core Supported Services Policy.

CARE COORDINATOR/PCA CERTIFICATION: _____ DATE: _____

RM/ARM APPROVAL: _____ DATE: _____

***** VEA LAS INSTRUCCIONES DETALLADAS AL DORSO *****

QUÉ DEBE HACER PARA RECIBIR UN REEMBOLSO POR LOS GASTOS DE TRANSPORTE RELACIONADOS A SERVICIOS MÉDICOS:

- **NOMBRE Y DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA DEL BENEFICIARIO:** Ingrese el nombre y la dirección postal de la persona que recibirá el pago.
- Si el receptor del pago (quien viajó y debe recibir un reembolso) no es el solicitante adulto legalmente responsable (legally responsible adult, LRA), el receptor del pago debe ser un proveedor inscrito con la División de Cuidado Especializado para Niños de la Universidad de Illinois Chicago (University of Illinois Chicago's Division of Specialized Care for Children, DSCC).
- **NOMBRE Y NÚMERO DE DSCC DEL PARTICIPANTE:** Ingrese el nombre legal del niño y el número de seis dígitos de la DSCC.
- Firme y coloque la fecha en el formulario.
- Envíe los recibos originales del alojamiento y de cualquier gasto que supere los \$10.
- Envíe este formulario de reembolso dentro de los **treinta (30) días** a partir de la fecha en que recibió el servicio.

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

1. Ingrese el nombre, la ubicación y la fecha de la cita.
2. Ingrese la fecha, la hora y el lugar en los cuales comenzó el viaje (por ejemplo, 3/14/10, 8 a. m., Lincoln, IL).
3. Ingrese la fecha, la hora y el lugar en los cuales concluyó el viaje (por ejemplo, 3/14/10, 2 p. m., Lincoln, IL).
4. Seleccione los medios de transporte utilizados.
5. Escriba el total de las millas recorridas si viajó en automóvil. El reembolso de millas para automóviles personales se basa en el índice de reembolso actual de Medicaid en vigor al momento del viaje. No son necesarios los recibos de la gasolina.
6. Si usted pagó boletos de tren, de avión o de autobús, adjunte el recibo.
7. Si pasó la noche en un lugar, ingrese el nombre del alojamiento (como el Motel XYZ, la Casa de Ronald McDonald) e indique cuántas noches se quedó. Los costos de alojamiento de los padres pueden ser respaldados durante una hospitalización si no existen otros recursos disponibles. Si usted pagó la cuenta del alojamiento (que no estaba dirigida directamente a la DSCC de la), adjunte el recibo. Si el alojamiento recibe donaciones en lugar de tener una tarifa por noche, la DSCC le reembolsará hasta \$20 por día por alojamiento. El recibo debe adjuntarse al registro de viaje. La DSCC no puede reembolsarle el dinero de las donaciones que ha hecho, además del monto diario de alojamiento.

Comuníquese con la oficina regional para obtener las tarifas de alojamiento máximas permitidas para estadías dentro y fuera del estado.

NOTA: Es posible que una persona con discapacidad necesite condiciones especiales de alojamiento y se le puede reembolsar el costo real del alojamiento con accesibilidad para personas con discapacidad que sea menos costoso.

8. **NOTA:** El subsidio de comidas es de \$20 por familia por noche de estadía. (\$20 x # de noches).
9. Enumere los gastos adicionales que se pagaron durante el periodo de viaje (por ejemplo, estacionamiento \$10.50, \$3.00, \$2.50; peajes \$0.50). **Adjunte los recibos originales si la compra excede los \$10. No son necesarios los recibos de comida ni los de peajes.**

FIRMA DEL BENEFICIARIO Y FECHA: La firma del beneficiario se encuentra en la parte superior del formulario. Ingrese la fecha de la firma:

La APROBACIÓN DE LA OFICINA REGIONAL, LA INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN DIRECTA Y LOS TOTALES deben ser completados por el personal de la oficina regional de la DSCC.