DIVISION OF SPECIALIZED CARE FOR CHILDREN

REGISTRO DE COSTOS DE ASISTENCIA EN VIAJE

Nombre del beneficiario: _____ **Nombre del participante:** _____

Dirección postal completa: _____ **Número DSCC:** _____

_____ **Oficina regional:** _____

_____

1. La cita/conferencia educativa fue en _____

   (indique el nombre del hospital, la clínica, el médico o la conferencia)

   en _____ Fecha de la cita/conferencia _____

   (ciudad, estado)

2. Indique fecha, hora y lugar de inicio del viaje _____

3. Indique fecha, hora y lugar de finalización del viaje _____

4. ¿Qué medio de transporte utilizó para el viaje? ☐ Auto ☐ Tren

   ☐ Avión ☐ Autobús ☐ Otro _____

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

6. Si viajó en tren, avión o autobús, ¿pagó el boleto? ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es sí, adjunte el recibo**

SOLO PARA USO DE LA DSCC **Total de transporte:** _____

7. ¿Pernoctó en algún lugar? ☐ Sí ☐ No

   Si es así, ¿dónde? _____ ¿Cuántas noches? _____

   ¿Pagó usted la cuenta? ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es sí, adjunte el recibo.**

SOLO PARA USO DE LA DSCC **Total de alojamiento:** _____

8. Asignación para comidas durante la estadía ($20 por familia por cada noche de estadía, es decir, $20 × número de noches)

SOLO PARA USO DE LA DSCC **Total de comidas:** _____

9. Indique cualquier gasto adicional de viaje (por ejemplo, taxi, estacionamiento, cuotas de conferencias, peajes) y las cantidades. Se adjunta el recibo de cada gasto superior a $10. No se requieren recibos de peaje.

_____

_____

_____

SOLO PARA USO DE LA DSCC

TOTAL DE VARIOS: _____

TOTAL FINAL: _____

Certifico que los gastos que figuran en el registro de viaje corresponden a servicios pagados que fueron aprobados por la DSCC.

_____ _____

Firma del beneficiario *Fecha*

SOLO PARA USO DE LA DSCC

VERIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO Y DE LA DIRECCIÓN

Beneficiario: ☐ Solicitud de LRA ☐ Cónyuge en el mismo hogar ☐ Otro (debe estar inscrito)

Apruebo el reembolso de los gastos de viaje indicados arriba. El viaje aprobado cumple con la Póliza básica de servicios de respaldo.

_____ _____

Certificación de coordinador de atención/PCA *Fecha*

_____ _____

Aprobación de RM/ARM *Fecha*

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE COSTOS DE ASISTENCIA EN VIAJE

QUÉ DEBE HACER PARA RECIBIR EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS DE VIAJE RELACIONADOS CON 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 beneficiario (el viajero que debe recibir el reembolso) no es el adulto legalmente responsable (LRA) que presenta la solicitud, el beneficiario debe ser un proveedor registrado en la División de Atención Especializada para Niños (DSCC) de la Universidad de Illinois en Chicago.
- **NOMBRE Y NÚMERO DEL PARTICIPANTE DE LA DSCC:** Ingrese el nombre legal del niño y el número de seis dígitos de DSCC.
- Firme y feche el formulario.
- Envíe los recibos originales de alojamiento y/o cualquier gasto que supere los $10.
- Envíe este formulario de reembolso dentro de los **treinta (30) días** posteriores a la fecha del servicio.

CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

1. Ingrese el nombre, el lugar y la fecha de la cita.
2. Ingrese la fecha, la hora y el lugar donde comenzó el viaje (por ejemplo, 3/14/25, 8 a. m., Lincoln, IL).
3. Ingrese la fecha, la hora y el lugar donde terminó el viaje (por ejemplo, 3/14/25, 2 p. m., Lincoln, IL).
4. Revise los métodos de transporte utilizados.
5. Escriba el total de millas recorridas si usó un auto para viajar. El reembolso de las millas del auto personal se basa en la tasa de reembolso de Medicaid en vigor en el momento del viaje. No se necesitan los recibos de gasolina.
6. Adjunte el recibo si pagó algún boleto de tren, avión o autobús.
7. Si pasó la noche ahí, indique el nombre del lugar donde se hospedó (por ejemplo, XYZ Motel, Ronald McDonald House) y cuántas noches se quedó. El costo del alojamiento se puede patrocinar para los padres durante una hospitalización si no hay otros recursos disponibles. Adjunte el recibo si pagó la factura del alojamiento (que no se haya cobrado directamente a la DSCC). Si el alojamiento requiere donaciones en lugar de una tarifa por noche, la DSCC le reembolsará hasta $20 por día de alojamiento. El recibo debe adjuntarse al registro de viaje. La DSCC no puede reembolsarle las donaciones realizadas adicionalmente a la tarifa diaria de alojamiento.

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

NOTA: Una persona con discapacidad puede necesitar adaptaciones especiales en el alojamiento y se le puede reembolsar el costo real del alojamiento más económico que sea accesible para personas con discapacidad.

8. ***NOTA:*** La asignación para comidas es de $20 por familia por cada noche de alojamiento. ($20 × número de noches)
9. Indique cualquier gasto adicional que haya pagado durante el viaje (por ejemplo: estacionamiento: $10.50, $3, $2.50; peajes: $0.50). **Adjunte los recibos originales si el gasto supera los $10. No se necesitan los recibos de las comidas.**

FIRMA DEL BENEFICIARIO y FECHA: Firma del beneficiario que aparece en la parte superior del formulario. Ingrese la fecha en que se firmó.

APROBACIÓN DE LA OFICINA REGIONAL, INFORMACIÓN DE FACTURA DIRECTA Y TOTALES DE LÍNEA que debe completar el personal de la Oficina Regional de la DSCC.