TN Department of Intellectual & Developmental Disabilities

Departamento de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo

Transporte

Mes/Año _____

El viaje para el beneficiario aprobado será reembolsado conforme al millaje del estado o de la agencia, el que sea menor. Este formulario se usa para viajes por citas médicas o no médicas (servicios diurnos y otras actividades relacionadas).

Millaje - El monto será calculado por el millaje de la agencia usando millaje punto a punto.
Comidas - Se requieren recibos para el beneficiario.
Alojamiento - Se requieren recibos para el beneficiario.

Nombre del Beneficiario: _____ Condado: _____

Fecha	Lugar de donde salió	Hora en que salió AM/ PM	Lugar donde llegó	Hora de Llegada AM/PM	Millas	Monto	Alojamiento	Desayuno	Almuerzo	Cena	TOTAL

GRAN TOTAL_____

Al colocar la firma y fecha en este Formulario de Transporte, yo, la persona que recibe apoyo o el representante legal, indican que toda la información arriba mostrada es correcta.

_____ _____

Firma de la Persona que Recibe Apoyo o Representante Legal Fecha

Todos los beneficiarios del Programa de Apoyo a la Familia firman un Plan de Servicio anual con la agencia.
El Plan de Servicio documenta el servicio y la cantidad aprobada para el año.
Este Formulario de Reembolso es para reembolsarle por el viaje aprobado.