

SOLICITUD REEMBOLSO DE MILLAS

- La solicitud debe ser recibida en nuestra oficina antes del décimo día, después de haber completado sus viajes del mes para cual está solicitando pago. Las solicitudes que sean recibidas después de la fecha acordada no serán reembolsadas. Por favor, envíe su formulario a este correo electrónico TRIP@VVTA.ORG.

Number:
Dirección:

Salida	Fecha		Partida		Destino		Millas	Horas
Razon					Chofer			
Regreso			Partida		Destino			
Salida	Fecha		Partida		Destino		Millas	Horas
Razon					Chofer			
Regreso			Partida		Destino			
Salida	Fecha		Partida		Destino		Millas	Horas
Razon					Chofer			
Regreso			Partida		Destino			
Salida	Fecha		Partida		Destino		Millas	Horas
Razon					Chofer			
Regreso			Partida		Destino			

1. Cuidado de la salud, 2. Banco, 3. Recados personales, 4. Compras, 5. Visitar familia o amigos, 6. Actividades religiosas, 7. Trabajo voluntario, 8. Restaurante, 9. Escuela, 10. Recreación, 11. Reunión, 12. Otro lugar no mencionado

Certifico que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y que todos los viajes se realizaron según lo informado. Entiendo que no soy elegible para participar en el programa TRIP si puedo usar cualquier otra forma de transporte público o privado. Que los familiares, esposo (a) u otras personas con las que vivo generalmente no son elegibles para reembolso. Certifico que no tengo otra forma de transporte disponible. Certifico que mi conductor voluntario no es un empleado de Independent Living Partnership y entiendo y acepto que la sociedad y sus fuentes de financiación no asumen ninguna responsabilidad por mi elección personal del conductor, ni ninguna responsabilidad de seguro. Estoy de acuerdo en cumplir con la de póliza TRIP y entiendo que no hacerlo puede resultar en que no sea elegible para la participación continua en el programa. Es la póliza de TRIP que los clientes paguen a sus conductores voluntarios, cuando lo reciban el reembolso.

NOTA: TRIP no es un Programa de Derechos del Gobierno. Todos los fondos para los pagos de reembolso, de millas y la operación del programa se proporcionan a través de contribuciones, contratos de servicio o subvenciones. La solicitud para pago de reembolso se aceptará a la disponibilidad de fondos. Si no hay fondos disponibles, no se realizarán los pagos.

RIDER SIGNATURE: _____

Fecha: _____

SOLICITUD REEMBOLSO DE MILLAS

- La solicitud debe ser recibida en nuestra oficina antes del décimo día, después de haber completado sus viajes del mes para cual está solicitando pago. Las solicitudes que sean recibidas después de la fecha acordada no serán reembolsadas. Por favor, envíe su formulario a este correo electrónico TRIP@VVTA.ORG.

Number:
Dirección:

Salida	Fecha	<input type="text"/>	Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	Millas	Horas
Razon					Chofer		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Regreso			Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Salida	Fecha	<input type="text"/>	Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	Millas	Horas
Razon					Chofer		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Regreso			Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Salida	Fecha	<input type="text"/>	Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	Millas	Horas
Razon					Chofer		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Regreso			Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Salida	Fecha	<input type="text"/>	Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	Millas	Horas
Razon					Chofer		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Regreso			Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Cuidado de la salud, 2. Banco, 3. Recados personales, 4. Compras, 5. Visitar familia o amigos, 6. Actividades religiosas, 7. Trabajo voluntario, 8. Restaurante, 9. Escuela, 10. Recreación, 11. Reunión, 12. Otro lugar no mencionado

Certifico que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y que todos los viajes se realizaron según lo informado. Entiendo que no soy elegible para participar en el programa TRIP si puedo usar cualquier otra forma de transporte público o privado. Que los familiares, esposo (a) u otras personas con las que vivo generalmente no son elegibles para reembolso. Certifico que no tengo otra forma de transporte disponible. Certifico que mi conductor voluntario no es un empleado de Independent Living Partnership y entiendo y acepto que la sociedad y sus fuentes de financiación no asumen ninguna responsabilidad por mi elección personal del conductor, ni ninguna responsabilidad de seguro. Estoy de acuerdo en cumplir con la de póliza TRIP y entiendo que no hacerlo puede resultar en que no sea elegible para la participación continua en el programa. Es la póliza de TRIP que los clientes paguen a sus conductores voluntarios, cuando lo reciban el reembolso.

NOTA: TRIP no es un Programa de Derechos del Gobierno. Todos los fondos para los pagos de reembolso, de millas y la operación del programa se proporcionan a través de contribuciones, contratos de servicio o subvenciones. La solicitud para pago de reembolso se aceptará a la disponibilidad de fondos. Si no hay fondos disponibles, no se realizarán los pagos.

RIDER SIGNATURE: _____

Fecha: _____

SOLICITUD REEMBOLSO DE MILLAS

Number:
Dirección:

- La solicitud debe ser recibida en nuestra oficina antes del décimo día, después de haber completado sus viajes del mes para cual está solicitando pago. Las solicitudes que sean recibidas después de la fecha acordada no serán reembolsadas. Por favor, envíe su formulario a este correo electrónico TRIP@VVTA.ORG.

Salida	Fecha		Partida		Destino		Millas	Horas
Razon					Chofer			
Regreso			Partida		Destino			
Salida	Fecha		Partida		Destino		Millas	Horas
Razon					Chofer			
Regreso			Partida		Destino			
Salida	Fecha		Partida		Destino		Millas	Horas
Razon					Chofer			
Regreso			Partida		Destino			
Salida	Fecha		Partida		Destino		Millas	Horas
Razon					Chofer			
Regreso			Partida		Destino			

1. Cuidado de la salud, 2. Banco, 3. Recados personales, 4. Compras, 5. Visitar familia o amigos, 6. Actividades religiosas, 7. Trabajo voluntario, 8. Restaurante, 9. Escuela, 10. Recreación, 11. Reunión, 12. Otro lugar no mencionado

Certifico que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y que todos los viajes se realizaron según lo informado. Entiendo que no soy elegible para participar en el programa TRIP si puedo usar cualquier otra forma de transporte público o privado. Que los familiares, esposo (a) u otras personas con las que vivo generalmente no son elegibles para reembolso. Certifico que no tengo otra forma de transporte disponible. Certifico que mi conductor voluntario no es un empleado de Independent Living Partnership y entiendo y acepto que la sociedad y sus fuentes de financiación no asumen ninguna responsabilidad por mi elección personal del conductor, ni ninguna responsabilidad de seguro. Estoy de acuerdo en cumplir con la de póliza TRIP y entiendo que no hacerlo puede resultar en que no sea elegible para la participación continua en el programa. Es la póliza de TRIP que los clientes paguen a sus conductores voluntarios, cuando lo reciban el reembolso.

NOTA: TRIP no es un Programa de Derechos del Gobierno. Todos los fondos para los pagos de reembolso, de millas y la operación del programa se proporcionan a través de contribuciones, contratos de servicio o subvenciones. La solicitud para pago de reembolso se aceptará a la disponibilidad de fondos. Si no hay fondos disponibles, no se realizarán los pagos.

RIDER SIGNATURE: _____

Fecha: _____

SOLICITUD REEMBOLSO DE MILLAS

- La solicitud debe ser recibida en nuestra oficina antes del décimo día, después de haber completado sus viajes del mes para cual está solicitando pago. Las solicitudes que sean recibidas después de la fecha acordada no serán reembolsadas. Por favor, envíe su formulario a este correo electrónico TRIP@VVTA.ORG.

Number:
Dirección:

Salida	Fecha	<input type="text"/>	Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	Millas	Horas
Razon					Chofer		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Regreso			Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Salida	Fecha	<input type="text"/>	Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	Millas	Horas
Razon					Chofer		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Regreso			Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Salida	Fecha	<input type="text"/>	Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	Millas	Horas
Razon					Chofer		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Regreso			Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Salida	Fecha	<input type="text"/>	Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	Millas	Horas
Razon					Chofer		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Regreso			Partida	<input type="text"/>	Destino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Cuidado de la salud, 2. Banco, 3. Recados personales, 4. Compras, 5. Visitar familia o amigos, 6. Actividades religiosas, 7. Trabajo voluntario, 8. Restaurante, 9. Escuela, 10. Recreación, 11. Reunión, 12. Otro lugar no mencionado

Certifico que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y que todos los viajes se realizaron según lo informado. Entiendo que no soy elegible para participar en el programa TRIP si puedo usar cualquier otra forma de transporte público o privado. Que los familiares, esposo (a) u otras personas con las que vivo generalmente no son elegibles para reembolso. Certifico que no tengo otra forma de transporte disponible. Certifico que mi conductor voluntario no es un empleado de Independent Living Partnership y entiendo y acepto que la sociedad y sus fuentes de financiación no asumen ninguna responsabilidad por mi elección personal del conductor, ni ninguna responsabilidad de seguro. Estoy de acuerdo en cumplir con la de póliza TRIP y entiendo que no hacerlo puede resultar en que no sea elegible para la participación continua en el programa. Es la póliza de TRIP que los clientes paguen a sus conductores voluntarios, cuando lo reciban el reembolso.

NOTA: TRIP no es un Programa de Derechos del Gobierno. Todos los fondos para los pagos de reembolso, de millas y la operación del programa se proporcionan a través de contribuciones, contratos de servicio o subvenciones. La solicitud para pago de reembolso se aceptará a la disponibilidad de fondos. Si no hay fondos disponibles, no se realizarán los pagos.

RIDER SIGNATURE: _____

Fecha: _____

SOLICITUD REEMBOLSO DE MILLAS

- La solicitud debe ser recibida en nuestra oficina antes del décimo día, después de haber completado sus viajes del mes para cual está solicitando pago. Las solicitudes que sean recibidas después de la fecha acordada no serán reembolsadas. Por favor, envíe su formulario a este correo electrónico TRIP@VVTA.ORG.

Number:
Dirección:

Salida	Fecha		Partida		Destino		Millas	Horas
Razon					Chofer			
Regreso			Partida		Destino			
Salida	Fecha		Partida		Destino		Millas	Horas
Razon					Chofer			
Regreso			Partida		Destino			
Salida	Fecha		Partida		Destino		Millas	Horas
Razon					Chofer			
Regreso			Partida		Destino			
Salida	Fecha		Partida		Destino		Millas	Horas
Razon					Chofer			
Regreso			Partida		Destino			

1. Cuidado de la salud, 2. Banco, 3. Recados personales, 4. Compras, 5. Visitar familia o amigos, 6. Actividades religiosas, 7. Trabajo voluntario, 8. Restaurante, 9. Escuela, 10. Recreación, 11. Reunión, 12. Otro lugar no mencionado

Certifico que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y que todos los viajes se realizaron según lo informado. Entiendo que no soy elegible para participar en el programa TRIP si puedo usar cualquier otra forma de transporte público o privado. Que los familiares, esposo (a) u otras personas con las que vivo generalmente no son elegibles para reembolso. Certifico que no tengo otra forma de transporte disponible. Certifico que mi conductor voluntario no es un empleado de Independent Living Partnership y entiendo y acepto que la sociedad y sus fuentes de financiación no asumen ninguna responsabilidad por mi elección personal del conductor, ni ninguna responsabilidad de seguro. Estoy de acuerdo en cumplir con la de póliza TRIP y entiendo que no hacerlo puede resultar en que no sea elegible para la participación continua en el programa. Es la póliza de TRIP que los clientes paguen a sus conductores voluntarios, cuando lo reciban el reembolso.

NOTA: TRIP no es un Programa de Derechos del Gobierno. Todos los fondos para los pagos de reembolso, de millas y la operación del programa se proporcionan a través de contribuciones, contratos de servicio o subvenciones. La solicitud para pago de reembolso se aceptará a la disponibilidad de fondos. Si no hay fondos disponibles, no se realizarán los pagos.

RIDER SIGNATURE: _____

Fecha: _____