

FORMA POR REEMBOLSO LOS GASTOS DE MILLAS

NOMBRE DEL RECLAMANTE:

DIRECCIÓN: _____

EMPLEADOR: _____ # DE LA SEGURIDAD SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DEL ACCIDENTE: _____

FECHA	HE VIAJADO DESDE (incluir dirección)	Viaje A (Incluir nombre y dirección de doctor, hospital, terapia, etc.)	MILLAS DEL VIAJE DE IDA Y VUELTA	PEAJE DE PUENTES APARCAMIENTO O TRANS/ PÚBLICO OTRO (Incluir los ingresos)

Total →	Millas	_____ CASILLA A	X \$.555=	_____ CASILLA B
----------------	---------------	---------------------------	------------------	---------------------------

<p>Esta es una verdadera y exacta cuenta de mis gastos. Esos gastos se realizaron para las visitas médicas como resultado de mi lesión en el trabajo. Soy consciente de que es contra la ley que una persona que a sabiendas tergiversar los hechos con el fin de obtener beneficios de compensación a los trabajadores. Me jura y afirma en la pena de perjurio</p>	Total Aparcamiento/P eajes Transito Público/ Otro→	_____ CASILLA C
--	---	---------------------------

que los hechos mencionados son verdaderos y correctos al mejor de mi conocimiento.

REEMBOLSO
→

CASILLA D

Firma de Reclamante: _____ Fecha: _____