

FORMA DE REEMBOLSO DE MILLAS
 Community Connections Programa de Reembolso de Transportacion

141 Spring Street, Claremont, CA 91711

909-621-9914 (FAX) | 909-621-9900

ccts@communityseniorservices.org

Nombre de PASAJERO: _____ Ciudad de Residencia PASAJERO: _____ MES DE VIAJE: _____ AÑO: _____

Fecha	Enumere TODAS razones de el viaje SOLAMENTE NUMERO(s) (razones numericas abajo)	De Ciudad	DIRECCIÓN COMPLETA A la ciudad más lejana	Millas total (Ida y vuelta)	Conductor Voluntario Nombre en letra de molde: ----- ↓ FIRMA ↓	Tiempo de Conductor Voluntario Redondea más cerca de ¼ hora

RAZONES: 1=Medico 2= Recados personales 3= Compras 4=Visitas familiares / Actividades Religiosas 5=Cenar / Recreacion 6=OTRO (Por favor especificar) _____



FORMAS DE REEMBOLSO DEBEN SER RECIBIDOS A MAS TARDAR EL 5º DIA DEL PROXIMO MES

Certifico que toda la informacion es verdadera y exacta. Entiendo y acepto que Community Connections y sus fuentes de financiamiento no asumen ninguna responsabilidad por mi seguridad personal ni tienen ninguna responsabilidad de seguro. Estoy de acuerdo en cumplir con las politicas de Community Connections que yo mismo firme en la aplicacion del programa. Es mi responsabilidad pagar a los conductores por sus millas reportados. Entiendo que si no lo hago, puede que me quiten del programa.

FIRMA DE PASAJERO: _____ **FECHA:** _____

Office use only

Office use only

Office use only

Date Received: _____ Miles: _____ Check Amount: \$ _____

LA Exp

SB

