New York State

Medical Indemnity Fund

Inviare il modulo compilato e le ricevute a:
NYS Medical Indemnity Fund
c/o AliCare
P.O. Box 5441
White Plains, NY 10602-5441
Fax: +212 844-7796

New York Medical Indemnity Fund
Modulo di richiesta di rimborso delle spese di viaggio

Nome dell'iscritto: _____

Numero di ID dell'iscritto: _____

Scopo del viaggio (compresi i nomi delle persone che hanno viaggiato assieme all'iscritto): _____

Spuntare le pertinenti caselle successive

Date del viaggio	Tipo di trasporto *(apporre un cerchio attorno a tutte le voci del caso)* auto, furgone, treno, aereo, furgone paratransit	Dettagli dell'eventuale pernottamento	Dettagli del costo del carburante richiesto per il viaggio	Ulteriori spese associate al viaggio	Costo
					$
					$
					$
					$
					$
					$
					$

ALLEGARE TUTTI I DOCUMENTI DI APPOGGIO

COSTO TOTALE $_____

CERTIFICO CHE LE INFORMAZIONI QUI PRESENTATE SONO ACCURATE, CHE NESSUNA DI QUESTE VOCI È STATA RIMBORSATA ANCHE PARZIALMENTE DA UN'ALTRA FONTE E CHE NON SI ATTENDONO RIMBORSI DA ALTRE FONTI.

Rapporto con l'iscritto: _____ **Nome in stampatello**: _____

Firma : _____ **Data**: _____