

Fondo de Indemnización Médica del estado de Nueva York
Formulario de reclamo de reembolso por viaje

Nombre del inscrito: _____

No. de identificación del inscrito: _____

Propósito del viaje (incluya los nombres de las personas que viajaron con el inscrito): _____

Marque a continuación las casillas que correspondan

Fechas de viaje	Tipo de transporte <i>(marque todo lo que corresponda)</i> Auto, furgoneta, tren, avion, ambulancia especial	Lista de detalles necesarios del alojamiento nocturno (si hubiera)	Detalles de gastos de gasolina asociados con el viaje	Lista de cualquier otro gasto adicional asociado con este viaje	Costo
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

SE DEBEN ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTES

COSTO TOTAL \$ _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES CORRECTA Y QUE NINGUNO DE ESTOS ARTÍCULOS HAN SIDO REMBOLSADOS POR NINGÚN OTRO PROVEEDOR POR NINGUNA CANTIDAD, NI EXISTEN REMBOLSOS PENDIENTES DE NINGÚN OTRO PROVEEDOR.

Relación con el inscrito: _____

Nombre en letra imprenta: _____

Firma: _____

Fecha: _____