Formulario de reembolso de ruta fija

Sección 1 - Información del solicitante

Apellido en letra de molde		Nombre en letra de molde	
Calle		Ciudad, Estado	
Código postal	Teléfono	Fecha de nacimiento	Número de destinatario

Sección 2 - Información sobre viajes admisibles

Fecha	Hora de cita	Ruta del Autobús	Tarifa pagada	Nombre y dirección del establecimiento médico	Firma (o sello) del proveedor médico

****COMO PROVEEDOR,** al firmar usted certifica que el cliente estuvo allí y ACEPTA LA ASISTENCIA MÉDICA COMO PAGO POR LOS SERVICIOS.

Al firmar este documento, certifico que los datos expuestos en la solicitud anterior son verdaderos y correctos a mi leal saber y entender, y que cualquier declaración falsa en este documento está sujeta a las siguientes sanciones:

CÓDIGO PENAL DE PENNSYLVANIA TÍTULO 18 SECCIONES: (4903 FALSO JURAMENTO), (4904 FALSIFICACIÓN NO JURADA) y (4911, MANIPULACIÓN DE INFORMACIÓN O REGISTROS PÚBLICOS) LAS INFRACCIONES DE ESTAS SECCIONES ESTÁN SUJETAS A LA SANCIÓN DE UNA MULTA NO SUPERIOR A $5000.00, O A UNA PENA DE ENCARCELAMIENTO NO SUPERIOR A (DOS) (2) AÑOS, O AMBAS.

Autorizo a cualquier proveedor médico mencionado en este formulario a facilitar información relacionada con mi asistencia a dicho proveedor para recibir tratamiento médico y el método o los medios utilizados para pagar el tratamiento.

Firma del cliente/padre/tutor	Fecha:

Para uso interno únicamente:

Verificación

Total de viajes: _____

Monto total pagado: _____

Fecha: _____

Firma del personal: _____

Remitir a: rabbittransit
415 N Zarfoss Dr., York, PA 17404
(Teléfono) 717-846-7433 (Fax) 717-848-4853