



RECLAMO DE ASISTENCIA DE VIAJE

East Valley AJCC

High Desert AJCC

West Valley AJCC

Service Levels	
<input type="checkbox"/>	Core B
<input type="checkbox"/>	Intensive
<input type="checkbox"/>	Training
<input type="checkbox"/>	Post Exit Follow-Up
PV ID# _____	

Para el Mes/ Año de : _____

Nombre del Cliente: _____

Telefono: _____ Ultimos 4 SS#: _____

Direccion: _____

Actividad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Activity Site: _____

Fecha	Destino	Proposito de Viaje	Millas Total de Ida y Vuelta
SUBTOTAL DE LA PAGINA 2 (SI ES APLICABLE):			
TOTALES:			

_____ x \$ _____ = \$ _____
 Total # de Millas/ O Dias Monto por Milla/ por Dia Monto Total Solicitado

Yo certifico, bajo pena de perjurio, que las millas reflejada en este reclamo son las millas actuales de los dias que asisti. Yo entiendo que todos los reclamos que no tienen documentacion adjunta, los pagos seran negados por el consejero del caso. Yo entiendo que los reclamos menos de \$25.00 no seran pagados hasta alcanzar el limite estipulado. El reclamo sera pagado \$25.00 o menos cuando haya completado la actividad, obtenido trabajo, o ya no este recibiendo los servicios del departamento del empleo del condado de San Bernardino.

Firma Del Cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Consejero del Caso: _____

Fecha: _____

Nombre del Consejero del Caso: _____

Firma Del Supervisor: _____

Fecha: _____

Firma del Gerente: _____

Fecha: _____

