<OfficeAddress>

Condado de <CountyName>

Fecha:
Nombre del Caso:
Número del Caso:
Nombre del Trabajador:
Identificación del Trabajador:
Teléfono del Trabajador:
Numero de Id del Cliente:

Reclamo de Viajes

<RecipientMailingAddress>

Sección 1: Instrucciones

Reclamo de viajes es para (Mes y Año): _____

Sección 2: Anote las actividades y lugares donde usted participó durante el mes. Sólo las actividades en su Asignación de Actividad (WTW 2) son elegibles para asistencia de transporte.
Sección 3: Ingrese la fecha y marque el numero de la actividad que corresponde a la actividad apropiada en la Sección 2. Firme y ingrese la fecha en la Sección 3 después de que el mes esté completo.

Los reclamos de viaje deben ser entregados a su trabajador del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare-to-Work) entre el 1º y el 5º día del mes siguiente.

Sección 2: Información de Actividad

Actividad #1:
Sitio de la actividad:
Dirección de la actividad:
Cuidad: Código Postal:

Actividad #2:
Sitio de la actividad:
Dirección de la actividad:
Cuidad: Código Postal:

Actividad #3:
Sitio de la actividad:
Dirección de la actividad:
Ciudad: Código Postal:

Actividad #4:
Sitio de la actividad:
Dirección de la actividad:
Cuidad: Código Postal:

Sección 3: Número de la Actividad
Marque la caja para el número de actividad(s) que coincide con la actividad en la Sección 2.

Fecha	Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3	Actividad 4		Solo para Uso del Condado: Public Transportation	Mileage reimbursement	Comments denied, no proof, etc

Sección 3: Número de la Actividad (Continuación) Marque la caja para el número de actividad(s) que coincide con la actividad en la Sección 2.						**Solo para Uso del Condado**		
Fecha	Actividad 1	Actividad 2	Actividad 3	Actividad 4		Public Transportation	Mileage reimbursement	Comments denied, no proof, etc

Yo certifico, bajo pena de perjurio, que la información en este reclamo refleja la actividad o actividades a la(s) cual(es) he asistido como declarado en mi WTW 2 - Plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work-WTW) Asignación de Actividades. **Yo entiendo que todos los reclamos que no están soportados por pruebas son sujetos a no ser pagados por WTW y que cualquier reclamo utilizando prueba falsa es sujeto al reembolso a WTW**.

Firma del Cliente	Fecha:

Seccion 4: SOLO PARA USO DEL CONDADO (ESS)

Mileage Reimbursement Calculation	Activity 1	Activity 2	Activity 3	Activity 4	Public Transportation Calculation	
Daily round trip miles					For Activity ☐1 ☐2 ☐3 ☐4	=
Number of activity days	X	X	X	X	Daily public transportation rate	$
Monthly round trip miles	=	=	=	=	Number of days in activity	X
Mileage rate	X	X	X	X	Authorized amount (allow the monthly maximum rate)	=
Authorized amount	=	=	=	=	Advance payments	-
Advance payments	-	-	-	-	Amount to be reimbursed	=
Reimbursement amount	=	=	=	=		

Total amount of reimbursement (mileage + public transportation) $

Signature of WTW Worker:	**Date:**

Solo para uso del condado - Section 5 (Fiscal) Pay the lesser of the total mileage reimbursement or public transportation

Amount paid : $	Date:	Approved By: