

SOLICITUD PARA REEMBOLSO DE TRANSPORTE

NOMBRE DE COMPAÑÍA

(PORFAVOR IMPRIMA)

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

DEBE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES

| | | | |
|-----------------|--------|---------------|-------------------------|
| Apellido | Nombre | Inicial | Número de Seguro Social |
| Domicilio | | | |
| Ciudad | Estado | Código Postal | |
| Teléfono de Día | | | |

PETICIÓN DE REEMBOLSO

Indique por favor la cantidad total de costo calificativo para reembolso abajo. No incluya las cantidades reembolsadas por ninguna otra fuente. Adjunte facturas aplicables, recibos, cheques cancelados, etc. para verificar costos. Todas las justificaciones deben incluir fecha del servicio recibido, servicio proporcionado, nombre del proveedor y las cantidades cobradas para recibir el reembolso.



Costos Calificados del Estacionamiento en Garaje y Costos de Estacionamiento Medido (no exeda la cantidad máxima de reembolsos mensual de \$240)

Nombre De la Facilidad Del Estacionamiento: _____

Estacionamiento Medido

\$ _____
Cantidad Total Solicitada

_____ Mes de Servicio



Costos Calificados de Tránsito Total y Furgoneta (no exeda la cantidad máxima de reembolsos mensual de \$125)

Abastecedor de reunión total del tránsito o de la furgoneta: _____

Estacionamiento Medido

\$ _____
Cantidad Total Solicitada

_____ Mes de Servicio

CERTIFICACIÓN DE SOLICITUD

- Yo certifico que estos costos para los cuales el reembolso se solicita de la sección 132 del Plan de Reembolso para Transporte Calificado han sido incurridos por mí y no es pagadero por ningún otro plan o programa.
- Mis costos de estacionamiento calificado, tránsito total y/o furgoneta han sido incurridos mientras que soy participante elegible del plan.
- Yo no pediré deducción, ni demandare el crédito para estos costos en mis impuestos.

Firma del Participante

Fecha

CONSEJOS GENERALES DE LA PETICIÓN

- Complete **toda** la información en la sección **Información del Empleado**.
- Proporcione la información siguiente en la sección **Reembolso**: La fecha que el servicio fue recibido (no la fecha del pago); Tipo de servicio (honorario del estacionamiento medido, del estacionamiento en garaje, o pase de tránsito); nombre y dirección completa del abastecedor; Cantidad que usted desea ser reembolsado.
- La firma y fecha en la sección **Certificación de Solicitud**.
- Adjunte documentación de soporte. La justificación de costos debe ser acompañada de una copia de esta forma completada para que sea considerada para un reembolso.
- Mandé por fax o correo esta forma y documentos de soporte directamente a:

AXIS Health Partners
12400 SE Freeman Way, Suite 102
Portland, OR 97222

Fax Gratis
800-476-8496

Recordatorios Importantes:

Los pagos se hacen a participantes solamente. No se permite a los beneficiarios alternos. Mantenga copias de la subsistencia de todos recibos, cheques y expedientes. Los originales no pueden ser vueltas. Los artículos reembolsados no pueden ser demandados en sus impuestos. Se procesan los pagos después de recibir y procesar, sujeto a juicio. Transferencias entre las cuentas de reembolsos se prohíben.