

Solicitud para reembolso de gastos

(Request for Reimbursement of Expenses)

Complete este formulario, incluya su número de reclamo de compensación para trabajadores y envíelo a SAIF Corporation. Recibos para cada gasto tienen que acompañar este formulario completo.

Para medicamento recetado, por favor incluya la nota de la farmacia con el nombre del medico, medicacion, fecha surtida, y cantidad pagada, mejor que el recibo de registro de dinero. Incluya copias de los recibos de todos sus gastos excepto por millaje. Si su solicitud está incompleta le será regresada para que complete la información adicional.

El reembolso deberá ser solicitado antes de que pasen dos años a partir de la fecha de servicio.



400 High St. SE, Salem, OR 97312
1.800.285.8525

Nombre (Name)

Número de reclamo
(Claim number)

Dirección postal (Mailing address)/Numero de caja postal

de Apto. (Apt. #)

Nueva dirección
(This is a new address)

Ciudad (City)

Estado (State)

Código postal (Zip)

Teléfono (Phone)

TRANSPORTE (TRANSPORTATION)

Lugar de comienzo (Start location)	Destino Final (End location)	Doctor o hospital (Doctor or hospital)	Millas (Trip miles)	Fecha (Date)	\$ Cantidad (\$ Amount)

Reembolso total por millas
(Total miles)

COMIDAS (MEALS)

Fecha (Date)	Desayuno (Breakfast)	Ciudad (City)	Fecha (Date)	Almuerzo (Lunch)	Ciudad (City)	Fecha (Date)	Cena (Dinner)	Ciudad (City)
	\$			\$			\$	
	\$			\$			\$	
	\$			\$			\$	

\$

Reembolso total por comidas
(Total meals reimbursement)

HOSPEDAJE (LODGING)

Nombre del hotel/motel (Hotel/motel name)	Lugar (Location)	Fecha (Date)	Costo (Cost)
			\$
			\$
			\$

\$

Reembolso total por hospedaje
(Total lodging reimbursement)

RECETAS MÉDICAS (PRESCRIPTIONS)

Nombre de la medicina (Name of medication)	Doctor que la recetó (Doctor)	Fecha (Date)	Costo (Cost)

\$

Reembolso total por prescripciones
(Total prescription reimbursement)

Con mi firma, Yo certifico que toda la información solicitada en este reembolso es verdadera y no contiene declaraciones o representaciones falsas.

Firma del trabajador (Signature of worker)

Fecha (Date)

\$

Reembolso Total
por comidas, hospedaje y
prescripciones

(Total meals, lodging, and prescription
reimbursement)

Comidas y hospedaje seran reembolsados si se le requerie viajar una distancia para tratamiento medico que le prohíbe regresar a su area local dentro de un tiempo razonable. Un ejemplo puede ser viaje en exceso de 75 millas de ida para comidas o si es requerido quedarse por la noche para hospedaje y comidas.

Estándares de tarifas en los Estados Unidos continentales:

Tarifas de comidas y tarifas de alojamiento en efecto desde el 1 de octubre del 2011.		Millaje en TODOS los vehículos privados en efecto desde el 1 de Enero del 2011 51.0 centavos de dólar por milla
Desayuno	\$11.50	Tarifa de millaje previa: 01/01/2010 — 50.0 centavos por milla 01/01/2009 — 55.0 centavos por milla 08/01/2008 — 58.5 centavos por milla 03/19/2008 — 50.5 centavos por milla
Almuerzo	\$11.50	
Cena	\$23.00	
Alojamiento	\$77.00	
Los impuestos de habitación son reembolsables aparte de la subvención de alojamiento.		

Las tarifas por dia alojamiento y comidas exceden las tarifas estándares en los siguientes condados de Oregon:

Condado	Fechas	Tarifas máximas de alojamiento	Tarifas de comidas*
Clackamas	Todo el año	\$88	\$61
Clatsop	10/1 – 6/30	\$96	\$51
	7/1 – 8/31	\$131	\$51
	9/1 – 9/30	\$96	\$51
Deschutes	10/1 – 6/30	\$89	\$61
	7/1 – 8/31	\$114	\$61
	9/1 – 9/30	\$89	\$61
Jackson/Klamath	Todo el año	\$82	\$56
Lane	Todo el año	\$97	\$51
Lincoln	10/1 – 6/30	\$84	\$56
	7/1 – 8/31	\$105	\$56
	9/1 – 9/30	\$84	\$56
Multnomah	Todo el año	\$113	\$66
Washington	Todo el año	\$93	\$51
* Para comidas, debe utilizar los siguientes porcentajes: desayuno – 25%; almuerzo – 25%; cena – 50%			