

# Formulario de presentación de viajes del participante de transporte individual (ITP)



Este formulario puede usarse para solicitar el reembolso por trasladar a un miembro de Texas Children's Health Plan (TCHP) a una cita de atención médica. Este formulario puede usarse para el reembolso de millas de hasta 5 citas médicas desde el domicilio del miembro hasta un solo centro médico. Veyo debe recibir el formulario completo por correo postal, correo electrónico o fax en el plazo de 30 días a partir de la fecha de la primera cita médica indicada en el formulario. Se reembolsarán las millas tomando las tarifas por milla vigentes del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Se usará Google Maps para determinar la distancia entre el punto de partida y el destino. Se enviará el pago al miembro o al conductor registrado en el plazo de 45 días a partir de la fecha en que recibamos la solicitud de reembolso.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			
Nombre:		Apellido:	
Identificación de Medicaid:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	
Número de teléfono:	Dirección de la vivienda:		Ciudad:
Estado:	Código postal:	Relación del conductor con el miembro:	
INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR			
Nombre:		Apellido:	Número de teléfono:
Dirección de correo electrónico:		Dirección postal:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de licencia del conductor:		Estado emisor:	Fecha de vencimiento:
INFORMACIÓN DEL VIAJE			
Fecha de la cita (MM/DD/AAAA):	Hora de la cita: ___ a. m. ___ p. m.	Dirección de partida: <input type="checkbox"/> vivienda	Dirección del proveedor: <input type="checkbox"/> ida y vuelta <input type="checkbox"/> ida o vuelta
Nombre del centro/proveedor de atención médica:	Número de teléfono:	Firma del proveedor de atención médica certificado:	Nombre del proveedor de atención médica en letra de imprenta:
Fecha de la cita (MM/DD/AAAA):	Hora de la cita: ___ a. m. ___ p. m.	Dirección de partida: <input type="checkbox"/> vivienda	Dirección del proveedor: <input type="checkbox"/> ida y vuelta <input type="checkbox"/> ida o vuelta
Nombre del centro/proveedor de atención médica:	Número de teléfono:	Firma del proveedor de atención médica certificado:	Nombre del proveedor de atención médica en letra de imprenta:
Fecha de la cita (MM/DD/AAAA):	Hora de la cita: ___ a. m. ___ p. m.	Dirección de partida: <input type="checkbox"/> vivienda	Dirección del proveedor: <input type="checkbox"/> ida y vuelta <input type="checkbox"/> ida o vuelta
Nombre del centro/proveedor de atención médica:	Número de teléfono:	Firma del proveedor de atención médica certificado:	Nombre del proveedor de atención médica en letra de imprenta:
Fecha de la cita (MM/DD/AAAA):	Hora de la cita: ___ a. m. ___ p. m.	Dirección de partida: <input type="checkbox"/> vivienda	Dirección del proveedor: <input type="checkbox"/> ida y vuelta <input type="checkbox"/> ida o vuelta
Nombre del centro/proveedor de atención médica:	Número de teléfono:	Firma del proveedor de atención médica certificado:	Nombre del proveedor de atención médica en letra de imprenta:
Fecha de la cita (MM/DD/AAAA):	Hora de la cita: ___ a. m. ___ p. m.	Dirección de partida: <input type="checkbox"/> vivienda	Dirección del proveedor: <input type="checkbox"/> ida y vuelta <input type="checkbox"/> ida o vuelta
Nombre del centro/proveedor de atención médica:	Número de teléfono:	Firma del proveedor de atención médica certificado:	Nombre del proveedor de atención médica en letra de imprenta:

## Declaración del conductor:

Sí o No \_\_\_\_\_ Cumpro con todas las leyes, normas y ordenanzas públicas aplicables a los conductores y los vehículos que uso.

Sí o No \_\_\_\_\_ Al momento del transporte, mi licencia del conductor no estaba restringida ni suspendida.

Entiendo que, si proporciono información falsa o intencionalmente evito revelar información, puedo enfrentar causas civiles, penales, o ambas. Declaro bajo pena de perjuicio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del estado de Texas que la información que antecede sobre los viajes es verdadera y correcta. Por medio del presente, certifico que la información que antecede sobre los viajes cumple con las políticas y los procedimientos de Veyo.

\_\_\_\_\_  
Firma del conductor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del conductor en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro en letra de imprenta

Presente los formularios completos por correo electrónico, correo postal o fax:

**Correo electrónico:** [mrb@veyo.com](mailto:mrb@veyo.com)

**Fax:** 1-855-667-2557

**Correo postal:** Veyo  
Attn: Mileage Reimbursement  
10010 N 25th Ave, Ste 400,  
Phoenix, AZ 85021