

# 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 su aseguradora. 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.

(Complete this form, including your workers' compensation claim number, and send it to the insurer that processes your claim. Include copies of receipts for all items except personal vehicle mileage. Incomplete requests will be returned for additional information. Reimbursement must be requested within two years from date of service.)

Nombre (Name) \_\_\_\_\_

Número de reclamo (Claim number) \_\_\_\_\_

Dirección postal (Mailing address) \_\_\_\_\_ # de Apto. (Apt. #) \_\_\_\_\_

Nueva dirección (This is a new address)

( ) -

Ciudad (City) Estado (State) Código postal (Zip) Teléfono (Phone)

Casilla Postal (P.O. Box) Ciudad (City) Estado (State) Código postal (ZIP)

### TRANSPORTE (TRANSPORTATION)

Lugar de comienzo (Start location)	Destino Final (End location)	Doctor u hospital (Doctor or hospital)	Millas (Trip miles)	Fecha (Date)

**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)	Ciudad (Location)	Fecha (Date)	Costo (Cost)
			\$
			\$
			\$

**Reembolso total por hospedaje (TOTAL lodging reimbursement)**

Continua  
(Continued)

**RECETAS MÉDICAS (PRESCRIPTIONS)**

Nombre de la medicina (Name of medication)	Doctor que la recetó (Doctor)	Fecha (Date)	Costo (Cost)	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
				\$
				<b>Reembolso Total por prescripciones (TOTAL prescription reimbursement)</b>

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

(By my signature, I certify that all information I have given in this request for reimbursement is true and contains no false statements or misrepresentations.)

<b>Total de millas (TOTAL miles)</b>

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador (Signature of worker)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

\$
<b>Reembolso Total por comidas, hospedaje y prescripciones (TOTAL meals, lodging, and prescription reimbursement)</b>

**Estándares de tarifas en los Estados Unidos continentales:**

(Standard rates for the continental United States:)

<b>Tarifas de alojamiento y comidas en efecto desde el 1 de Octubre del 2011</b> (Lodging and meal rates effective Oct. 1, 2011)	<b>Millaje en TODOS los vehículos privados en efecto desde el 17 de Abril, 2012</b> <b>55.5 centavos de dólar por milla</b> (ALL Private Vehicle Mileage effective April 17, 2012 55.5 cents per mile)
<b>Desayuno (Breakfast) \$11.50</b> <b>Almuerzo (Lunch) \$11.50</b> <b>Cena (Dinner) \$23.00</b> <b>Alojamiento (Lodging) \$77.00</b>	<b>Tarifa de millaje previa: (Previous mileage rates:)</b> <b>01/01/11 – 51.0 centavos por milla (cents per mile)</b> <b>01/01/10 – 50.0 centavos por milla (cents per mile)</b> <b>01/01/09 – 55.0 centavos por milla (cents per mile)</b> <b>08/01/08 – 58.5 centavos por milla (cents per mile)</b>
<b>Los impuestos de habitación son reembolsables aparte de la subvención de alojamiento</b> (Room tax is reimbursable in addition to the lodging allowance.)	

**Las tarifas de alojamiento y comidas exceden las tarifas estándares en los siguientes condados de Oregon:** (Lodging and meal rates exceed the standard rate in the following Oregon locations:)

Condado (County)	Fechas (Effective dates)	Tarifas máximas de alojamiento (Max. lodging rate)	Tarifas de comidas* (Meal rate*)
Clackamas	Todo el año (All year)	\$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 (All year)	\$82	\$56
Lane	Todo el año (All year)	\$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 (All year)	\$113	\$66
Washington	Todo el año (All year)	\$93	\$51
<b>*Para comidas, debe utilizar los siguientes porcentajes: desayuno – 25%; almuerzo – 25%; cena – 50%</b> (*For meals, the following percentages must be used: breakfast -- 25%; lunch -- 25%; dinner -- 50%)			

Tarifas obtenidas del Boletín 112. Vea el boletín para más información.  
 (Rates obtained from Bulletin 112. See bulletin for more information.)