

Servicios para Niños del Condado de Lake California
Formulario de reclamo de Mantenimiento y Transporte (M & T)

Para recibir un reembolso por los gastos de M & T, debemos tener la verificación de la cita o la hospitalización.

1. Lleve este formulario al proveedor médico, para verificar que la cita se mantuvo;
2. Incluya todos los recibos originales o en línea (si corresponde); y
3. Devuelva este formulario a: **Lake County CCS, 922 Bevins Ct., Lakeport, CA 95453**

Solicitante: _____ Teléfono #: _____

Padres/ Guardián Legal

Cliente

Otro _____

Dirección de Correo: _____

Fecha de Salida: _____

Hora: _____ AM PM

Fecha de Regreso: _____

Hora: _____ AM PM

Reembolso solicitado por:

Millaje Estacionamiento (recibos originales incluidos) Cruce de Puentes (Recibo original o en línea incluido)

Tarifas de transporte público - Taxi, autobús, Uber, Lyft, tren (recibos originales o en línea incluidos)

Comidas (recibos originales incluidos): Un Padre/Guardián Legal Dos Padres/Guardianes Legales Cliente

Alojamiento (recibos originales incluidos)

Providers: By completing this form, medical staff is verifying that this CCS client kept their appointment on specified date above at your facility location:

Child's Name: _____ DOB: _____

Date of Appointment: _____ Time of Appointment: _____ AM PM

Provider Information (Stamp may be used below):

Clinic, Physician, and/or Provider Name: _____

Provider Address: _____

Contact #: _____

Provider: _____ DATE: _____

(Signature Required)

Lake County CCS Staff may contact provider to verify this appointment date and/or time, or to determine if services were covered under a current CCS SAR.

Certifico bajo pena de perjurio que el reclamo adjunto y los elementos y documentos que forman parte del mismo, son verdaderos y correctos; y que hasta la fecha, no se ha pagado ninguna parte del mismo; y que el monto se debe justificar; y que el mismo se está presentando dentro de los 45 días de la fecha de servicio o la fecha donde se dio de alta del hospital, incluyendo los recibos requeridos.

Firma del Reclamador

Fecha