



# Formulario de Verificación

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ **UN CLIENTE POR FORMULARIO**  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 IHN/OHP+ ID: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Fecha de Cita:	Hora de Cita:	Propósito de Cita	Médico/Clínica/Local	Numero de Teléfono del Médico	Firma y Sello de Médico/Representante Autorizado	Millas serán estimadas por Ride Line
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado:  <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: IDA IDA y VUELTA
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado:  <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: IDA IDA y VUELTA
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado:  <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: IDA IDA y VUELTA

Millas serán calculado por Ride Line utilizando un software de mapeo aprobado por el estado:

Completado por Ride Line.  
Millas totales en las dos páginas:

**Todos los viajes deben ser llamados antes de la cita. Por favor, complete completamente el formulario para ser elegible para el reembolso. Haga que la clínica firme y fechara cada entrada de la cita y devuélvala cuando la complete. Para recibir el reembolso de viajes, debemos recibir esta solicitud dentro de los 45 días de su cita. Los viajes de más de 45 días no son elegibles para el pago. Envíe por correo o deja el formulario a: CASCADDES WEST RIDE LINE 1400 Queen Ave SE Suite 205 Albany, OR 97322 o de correo electrónico [rideline@ocwcog.org](mailto:rideline@ocwcog.org). Si tiene preguntas o para programar un viaje, llame al 541-824-8738 o gratuito 1-866-724-2975.**

**Para el Reembolso Alojamiento, por favor adjunte su recibo de alojamiento a este formulario.**

Firma de Cliente/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección (si es diferente de la dirección particular): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario, usted verifica la información proporcionada es verdadera.** Nombre de Beneficiario: \_\_\_\_\_

# Formulario de Verificación

Fecha de Cita:	Hora de Cita:	Propósito de Cita	Médico/Clínica/Local	Numero de Teléfono del Medico	Firma y Sello de Médico/Representante Autorizado	Millas serán estimadas por Ride Line
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado:  <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: IDA IDA y VUELTA
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado:  <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: IDA IDA y VUELTA
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado:  <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: IDA IDA y VUELTA
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado:  <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: IDA IDA y VUELTA
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado:  <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: IDA IDA y VUELTA
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado:  <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: IDA IDA y VUELTA
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado:  <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: IDA IDA y VUELTA
	Marque Uno: AM PM				_____ Firma de Médico/Representante Autorizado:  <u>Sello de Clínica/Médico</u>	Marque Uno: IDA IDA y VUELTA