



1400 Queen Ave. SE, Suite 205A • Albany, OR 97322
Teléfono: 541-924-8738 • (Gratuito) 1-866-724-CWRL (2975)
TTY/TDD: 541-928-1775 • Fax: 541-791-4347
www.ocwcog.org

AUTORIZACIÓN PARA REEMBOLSO DE TRANSPORTE CLIENTE / BENEFICIARIO DESIGNANDO

El reembolso de transporte es un servicio generalmente proveído para el cliente, o si el cliente es menor de edad, a la cabeza de familia o persona encargada.

Si el reembolso es para otra persona distinta que el cliente, se requiere aprobación escrita por parte del cliente antes de autorizar el reembolso.

Fecha: _____ Nombre del Cliente: _____
(en letra de molde)

Fecha de Nacimiento: _____ N° de Seguro Social _____

Dirección Del Cliente: _____

Dirección postal del cliente (si es diferente): _____

Teléfono del Cliente: _____

Yo autorizo a _____ para recibir mi reembolso de transporte.
(en letra de molde)

Firma del Cliente: _____

Cuando el beneficiario es distinto que el cliente, se requiere la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____

N° de Seguro Social: _____

Firma del Beneficiario: _____

SOLAMENTE documentos originales serán aceptados. No se aceptarán copias, faxes o correos electrónicos.

Las tarjetas de débito no serán ordenadas si toda la información no es llenada por completo.