



APOYO PARA INHIBIDORES

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE VIAJES POR RAZONES MÉDICAS

Instrucciones: Por favor, llene este formulario y devuélvalo a la HFA en un lapso de 30 días de la reunión o el evento. Todos los gastos deben incluir recibos desglosados y detallados.

Nombre de la reunión o evento _____ Fecha(s) _____

Cuidador(es) _____

El paciente puede ir acompañado de uno (1) o dos (2) cuidadores.

VIAJE	HOSPEDAJE
Taxi/Transporte \$ _____	Hotel \$ _____ <i>Una (1) habitación únicamente</i>
Pasaje aéreo (clase económica) \$ _____	Alimentos \$ _____ <i>Alimentos durante la estancia en el hospital con un límite diario de 40 USD como máximo</i>
Cuotas de equipaje \$ _____ <i>Limitado a una (1) maleta por persona</i>	Otro \$ _____
Tren (clase turista) \$ _____	
Alquiler de automóvil \$ _____	
Auto personal \$ _____	
Automóvil _____ a 0.18 USD por milla \$ _____ <i>Incluya una copia de las instrucciones para llegar y el millaje</i>	
Estacionamiento \$ _____ <i>Estacionamiento de autoservicio únicamente. El estacionamiento es reembolsable únicamente para hotel, aeropuerto u hospital</i>	
SUBTOTAL DE VIAJE \$ _____	SUBTOTAL DE HOSPEDAJE \$ _____

MONTO TOTAL DE REEMBOLSO QUE SOLICITA \$ _____

Por favor, complete: La HFA proporcionará un reembolso mediante un cheque para la familia en un lapso de 30 días de haber recibido este formulario lleno.

El cheque será pagadero a _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono principal _____ Correo electrónico _____

Firma del solicitante o padre, madre o tutor _____ Fecha _____

- Cualquier gasto que la HFA no considere "razonable" no será reembolsado
- No se otorgarán reembolsos por mejorar la clase de transporte aéreo o por tierra
- Los solicitantes deberán presentar un recibo desglosado para todos los gastos

Por favor, envíe este formulario a: 999 North Capitol Street NE, Suite 301, Washington, DC 20002
fax: 202.675.6983, Correo electrónico: helpinghands@hemophiliafed.org