

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE LOS GASTOS DE VIAJE
Alumnos de jardín de infantes a 6.º grado y alumnos con IEP que reciban servicios
de transporte por autobús amarillo

Para completar este formulario, usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

Se reembolsa a los padres sólo para los alumnos con un programa de educación individualizado (IEP) quienes reciban servicios de transporte por autobús desde *su hogar* o para los alumnos de jardín de infantes a 6.º grado quienes reciben servicios de transporte por autobús escolar amarillo desde una *parada del autobús escolar* hasta la escuela en donde el transporte público no esté fácilmente disponible.

ENVÍE los formularios POR CORREO POSTAL (se debe incluir recibos originales) a la siguiente dirección:

Office of Pupil Transportation Reimbursement Unit
44-36 Vernon Boulevard
Long Island City, NY 11101

Tarjetas MetroCards: se proporcionan para los servicios de transporte de aquellos que figuran a continuación:

- Todos los alumnos que tengan transporte en autobús amarillo (“yellow bus”) con paradas hasta la escuela.
- Padres de alumnos cuyos IEP requieran transporte desde el hogar hasta la escuela.
- Padres de alumnos desde jardín de infantes hasta 2.º grado que tengan transporte en autobús amarillo (“yellow bus”) con paradas hasta la escuela.

Preguntas: llame al servicio telefónico de apoyo técnico al (718) 707-4500

Parte I: Información para padres y estudiante

1. Escriba el nombre de uno de los padres o tutores. Nombre y apellido.
2. Escriba el domicilio particular, el número de apartamento, la ciudad, el estado y el código postal.
3. Escriba el teléfono fijo y el teléfono celular de la persona de contacto.
4. Escriba el nombre de cada niño.
5. Escriba la fecha de nacimiento de cada niño.
6. Escriba el número de identificación de cada niño. Grado: escriba el grado que estudia cada niño.
7. Escriba el nombre y el municipio de la escuela (Bronx, Queens, Brooklyn, Manhattan, y Staten Island).

Parte II: Gastos de transporte por automóvil- Millaje (Lineas 8 a 12)

- Escriba la fecha de calendario por cada día de viaje (de lunes a viernes).
- **Viaje por la mañana:** escriba la cantidad de millas recorridas para llegar a la escuela desde el hogar.
- **Viaje por la tarde:** escriba la cantidad de millas recorridas para llegar al hogar desde la escuela.
- Escriba el total de millas recorridas ese día.

Escriba el total de millas por semana _____ x \$0.55 centavos = _____

0

Gastos de transporte- Taxi/Cab (Lineas 8 a 12)

- Escriba la fecha de calendario por cada día de viaje (de lunes a viernes).
- **Viaje por la mañana: y/o por la tarde:** escriba “Taxi” (taxi) o “Car” (automóvil) para el servicio de auto de alquiler.
- Si toma un taxi o servicio de automóvil, cerciórese de pedir un recibo al final del viaje y **adjunte el original** a su formulario de reembolso por transporte.
- Escriba el monto de los gastos de taxi. Escriba el total de recibos de taxi o servicio de automóvil por semana \$ _____

Parte III: - tarjetas MetroCards

13. Marque “Yes” (Sí) en caso de que use una tarjeta *MetroCard* que le entregó su escuela. Si no es así, marque “No”.

Parte IV: - Firma

14. Uno de los padres o tutores debe firmar y escribir la fecha en la que llenó el formulario.



ENVÍE ESTE FORMULARIO POR CORREO POSTAL A:

Office of Pupil Transportation Reimbursement Unit
44-36 Vernon Boulevard, Long Island City, NY 11101
Teléfono: (718) 707-4500

Dennis M. Walcott
Cancellor

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE LOS GASTOS DE VIAJE
ALUMNOS DE JARDÍN DE INFANTES A 6.º GRADO y alumnos con IEP
quienes reciban servicios de transporte por autobús amarillo

INFORMACIÓN PARA PADRES Y ESTUDIANTE

- 1. Nombre del padre: Nombre: Joseph Apellido: Green
2. Domicilio particular: 111 Happy Lane Apt#: 2G
Ciudad: Staten Island, Estado: NY Código postal: 11111
3. Teléfono celular: (917) 111-1111
4. Nombre(s) del (de los) estudiante(s): Robert Green and Mary Green
5. Fecha de nacimiento: 2-24-2006 and 6-15-2007
6. N.º de identificación del estudiante: 111-11-1111 and 222-22-2222 Grado: Pre-K and Kindergarten
7. Nombre de la escuela / municipio: PS 36/Staten Island

GASTOS DE TRANSPORTE: Los padres que usen sus autos para transportar sus hijos a la escuela recibirán \$0.55 céntimos por milla. Los padres que usen un taxi o un servicio de transporte recibirán reembolso. Adjunte los recibos originales. Envíe el formulario a la dirección indicada arriba. Dependiendo del caso, en los espacios Viaje AM y Viaje PM, escriba bien millas recorridas, o bien "Taxi" o "Car". Escriba el monto del recibo (vea muestra del formulario lleno).

- 8. Lunes: Fecha: 11/14 Viaje por la mañana: 3.0 Viaje por la tarde: 3.0 Millas: 6.0 Recibo: \$
9. Martes: Fecha: 11/15 Viaje por la mañana: 3.0 Viaje por la tarde: Taxi Millas: 3.0 Recibo: \$7.00
10. Miércoles: Fecha: 11/16 Viaje por la mañana: Taxi Viaje por la tarde: 3.0 Millas: 3.0 Recibo: \$7.00
11. Jueves: Fecha: 11/17 Viaje por la mañana: Carro Viaje por la tarde: Carro Millas: Recibo: \$14.00
12. Viernes: Fecha: 11/18 Viaje por la mañana: 3.0 Viaje por la tarde: 3.0 Millas: 6.0 Recibo: \$

TOTAL DE MILLAS: 18 x \$0.55 céntimos = \$ 9.90 TOTAL TAXI/AUTOMÓVIL: \$ 28.00
TOTAL GENERAL: \$ 37.90

TARJETAS METROCARD: marque Sí o No para indicar su situación con respecto al uso de una tarjeta Metrocard recibida de su escuela o del DOE.

13. Padre: Sí No X Estudiante: Sí X No

14. FIRMA DE UNO DE LOS PADRES: Joe Green FECHA: 11/18/2011

FOR PROCESSING UNIT USE ONLY

Record #: 011 Audited by: JL Date: 12-1-11 Rejected:
Check Amount: \$37.18 Approved by: MKL Date: 12-2-11 Voucher #: 2134



Dennis M. Walcott
Cancellor

**ENVÍE ESTE FORMULARIO POR
CORREO POSTAL:**

Office of Pupil Transportation Reimbursement Unit
44-36 Vernon Boulevard, Long Island City, NY 11101
Teléfono: (718) 707-4500

**FORMULARIO DE REEMBOLSO DE LOS GASTOS DE VIAJE ALUMNOS DE JARDÍN DE INFANTES A 6.º GRADO
y alumnos con IEP quienes reciban servicios de transporte por autobús amarillo**

INFORMACIÓN PARA PADRES Y ESTUDIANTE

Nombre de uno de los padres: Nombre: _____ Apellido: _____

Domicilio particular: _____ Apt. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____

Nombre(s) del (de los) estudiante(s): _____

Fecha de nacimiento: _____

N.º de identificación del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre de la escuela / municipio: _____

GASTOS DE TRANSPORTE: Los padres que usen sus autos para transportar sus hijos a la escuela recibirán \$0.55 centavos por milla. Los padres que usen un taxi o un servicio de transporte recibirán reembolso. Adjunte los recibos originales. Envíe el formulario a la dirección indicada arriba. Dependiendo del caso, en los espacios Viaje AM y Viaje PM, escriba bien millas recorridas, o bien "Taxi" o "Car". Escriba el monto del recibo (vea muestra del formulario lleno).

Lunes: Fecha: _____ Viaje por la mañana: _____ Viaje por la tarde: _____ Millas: _____ Recibo: \$ _____

Martes: Fecha: _____ Viaje por la mañana: _____ Viaje por la tarde: _____ Millas: _____ Recibo: \$ _____

Miércoles: Fecha: _____ Viaje por la mañana: _____ Viaje por la tarde: _____ Millas: _____ Recibo: \$ _____

Jueves: Fecha: _____ Viaje por la mañana: _____ Viaje por la tarde: _____ Millas: _____ Recibo: \$ _____

Viernes: Fecha: _____ Viaje por la mañana: _____ Viaje por la tarde: _____ Millas: _____ Recibo: \$ _____

TOTAL DE MILLAS: _____ x \$0.55 céntimos = \$ _____ **TOTAL TAXI/AUTOMÓVIL:** \$ _____

TOTAL GENERAL: \$ _____

TARJETAS METROCARD: marque Sí o No para indicar su situación con respecto al uso de una tarjeta *Metrocard* recibida de su escuela o del DOE.

Padre: Sí _____ No _____

Estudiante: Sí _____ No _____

FIRMA DE UNO DE LOS PADRES: _____ **FECHA:** _____

FOR PROCESSING UNIT USE ONLY

Record #: _____

Audited by: _____

Date: _____ Rejected: _____

Check Amount: _____

Approved by: _____

Date: _____ Voucher #: _____