

Mes/Año del Reporte:	Programa de VDP: <input type="checkbox"/> STAR <input type="checkbox"/> TRIP
Nombre de pasajero:	Número de teléfono:
Nombre del conductor:	Número de tel. del conductor:

Gracias por participar en los Programas de Conductores Voluntarios de Marin Access. Use este formulario para completar un reembolso **para cada tramo del viaje**, incluya las millas de cada tramo del viaje y las horas de voluntariado (incluido el tiempo sin conducir) - **al FINAL DEL VIAJE**. Un ejemplo se encuentra en la primera fila de la tabla a continuación. Una vez que todas las brechas estén completas, ingrese los totales del mes en la página uno de este formulario.

TENGA EN CUENTA:

- » Las solicitudes deben ser enviadas por correo antes del décimo día después de cualquier mes de viaje para pagarse.
- » Se deben informar las direcciones completas y el kilometraje real para cada viaje de ida.
- » Se requiere la cantidad total de viajes, millas y horas de voluntariado para completar su formulario.
- » El Cliente / Conductor es responsable de proporcionar direcciones completas para todos los orígenes y destinos.
- » Los formularios que estén incompletos, que no tengan una firma o que sean ilegibles resultarán en un retraso en el procesamiento y pueden ser devueltos.

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y precisa y que todos los viajes se realizaron según lo informado. Además, certifico que mi conductor voluntario no es empleado de Marin Transit o Whistlestop y entiendo y acepto que el Programa de Conductor Voluntario y sus fuentes de financiación no asumen ninguna responsabilidad por mi elección personal de conductor, ni ninguna responsabilidad de seguro. Estoy de acuerdo en cumplir con todas las políticas del programa de Conductores Voluntarios y entiendo que si no lo hago, puedo dejar de ser elegible para continuar participando en el programa. Es nuestra política que los clientes paguen reembolsos, cuando se reciben, a sus conductores voluntarios.

Viajes totales:	Millas totales:	Horas de voluntariado:
------------------------	------------------------	-------------------------------

FIRMA DEL PASAJERO: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL CONDUCTOR: _____ **FECHA:** _____

Para su conveniencia, aceptamos formularios completos por correo, correo electrónico o subirlos a nuestro sitio web.

- » **Correo:** Attn: VDP Reimbursement | PO Box 2387, San Rafael, CA 94912
- » **Email:** Sujeto: VDP Reimbursement | travelnavigator@marinaccess.org
- » **Subir:** <https://marintransit.gov/volunteer-driver>

SOLO PARA USO INTERNO		
Fecha de Recibo:	Fecha de Procesamiento:	Kilometraje Confirmado:
Fecha de Matasellos:	Procesado Por:	Reembolso:

Imprime de forma legible y asegúrese de completar cada sección por completo.
¿Necesita ayuda? Llame a los navegadores de viajes al 415-454-0902.

Utilice la siguiente clave para ingresar el propósito del viaje:

- | | | |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| H - Cuidado de la salud | F - Visita a familiares / amigos | C - Clase / escuela |
| B - Banco | R - Religioso | E - Entretenimiento / Recreación |
| P - Diligencias personales | V - Trabajo voluntario | O - Otro |
| S - Compras | D - Comedor | X - Regresar a casa |

Fecha de Viaje	Propósito del viaje	Origen Nombre de la ubicación Dirección Ciudad y Código postal	Destino Nombre de la ubicación Dirección Ciudad y Código postal	Millas de Conducir	Horas Chofer Voluntario
6/6/20	H	Marin Transit 711 Grand Avenue, Suite 110 San Rafael 94901	Marin General Hospital 250 Bon Air Road Greenbrae 94904	8	3

¡No olvide agregar la cantidad total de viajes, millas y horas de voluntariado en la página uno!