



قسم الإعاقات الذهنية والجسدية
التنقلات

الشهر/العام _____

سيتم سداد تكلفة سفر متلقي الدعم المعتمد حسب أجر الميل الواحد وفقاً للولاية أو للوكالة، أيهما أقل. تستخدم هذه الاستمارة للسفر في المواعيد الطبية أو غير الطبية (الخدمات اليومية والأنشطة الأخرى ذات الصلة).

أجر الميل الواحد - سيتم احتساب المبلغ من قبل موظفي الوكالة باستخدام أجر الميل الواحد من نقطة إلى نقطة.

الوجبات - يتطلب تسليم الإيصالات لمتلقي الدعم.

الإقامة - يتطلب تسليم الإيصالات لمتلقي الدعم.

مقاطعة: _____

اسم متلقي الدعم: _____

التاريخ	مكان المغادرة	وقت المغادرة صباحاً/مساءً	مكان الوصول	وقت الوصول صباحاً/مساءً	الأميال	المبلغ*	الإقامة	الإفطار	الغداء	العشاء	الإجمالي

الإجمالي الكلي _____

بالتوقيع على استمارة التنقلات هذه وتاريخها، أنا، الشخص متلقي الدعم أو الممثل القانوني، أشير إلى أن جميع المعلومات الواردة أعلاه صحيحة.

