

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA		INFORMACIÓN DEL RECIPIENTE	
Nombre de contacto:		Nombre de recipiente:	
Agencia:		Dirección de Recipiente:	Ciudad: Estado: Zip:
Dirección:	Ciudad: Estado: Zip:	Teléfono de Recipiente:	Dirección de correo electrónico:
Teléfono:		Nombre de la víctima de homicidio:	
Declaración de firma del representante de agencia: Yo _____, con mi firma, confirmo que no fui llamado como testigo del Estado. Fecha: _____		Fecha/Duración de juicio: _____ No. de días atendidos por el destinatario _____	
VIAJE			
<i>Automóvil rentado – será reembolsado como tarifa de auto económico, \$35/día</i>			
AUTOMÓVIL RENTADO:	LENGTH OF RENTAL:	COSTO TOTAL DE AUTO RENTADO \$	
Uso de automóvil personal (\$0.55 por milla-no se necesita recibo)			
MILLAS VIAJADAS IDA Y VUELTA _____	@.55/milla	MILLAJE TOTAL A REEMBOLSAR \$	
Pasaje aéreo: un viaje ida/vuelta con un límite de persona de \$500			
COSTO POR TICKET IDA/VUELTA = \$		TOTAL TARIFA AÉREA: \$	
Tarifas de estacionamiento en hoteles, juzgado o peajes:			
TOTAL TARIFAS ESTACIONAMIENTO \$		TOTAL PEAJES \$	
HOTEL / ALOJAMIENTO (Tarifa: (arriba a) \$89.10/noche + impuestos por cuarto)			
Nombre del Hotel/Alojamiento:			
No. de personas:			
Costo por noche:	Impuestos por noche:	Total de noches:	TOTAL ALOJAMIENTO \$
COMIDAS (Arriba a : Desayuno \$10.60; Almuerzo \$14 ; Cena \$24.40) RECIBOS DETALLADOS REQUERIDOS			
<i>El alcohol no es un gasto permitido / La propina no es reembolsable</i>			
Desayuno:			
No. de personas:	No. de días:	Costo total desayunos \$	
Almuerzo:			
No. de personas:	No. de días:	Costo total almuerzos \$	
Cena:			
No. de personas:	No. de días:	Costo total cenas \$	
Las solicitudes de reembolso deben ir acompañadas de recibos detallados originales (etiquetados y fechados) y enviarse por correo o fax junto a este formulario. No se admiten recibos de tarjetas de crédito sin facturación detallada. Guarde una copia de los recibos para sus registros. La subvención finaliza el 30 de septiembre.			Total de todas las comidas \$
GRAN TOTAL DE SOLICITUD DE REEMBOLSO \$			
Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Y que no fui llamado como testigo del estado. Afirmo que busco un reembolso para mí y para las partes que figuran en este formulario como aprobado.			
_____ Firma del recipiente			
Aprobado por (Director del Proyecto):		Fecha:	

Devuelva el formulario completo de reembolso a:
North Carolina Victim Assistance Network (NCVAN)
P.O. Box 32173 Raleigh, NC 27622
email: info@nc-van.org
Teléfono: 919-831-2857 ext. 104 / Fax: 919-831-0824