

Programa Central/ Servicios de Intervencion Temprana
CENTERBASED PROGRAM / EI FACILITY BASED SERVICES
Intervencion Temprana Y Educacion Especial Prescolar
Solicitud de reembolso de millas para padres de familia

Los padres / tutores legales cuyos hijos asisten a Servicios basados en instalaciones de intervencion temprana del Condado de Orange o Programas basados en centros preescolares pueden recibir un reembolso por el millaje si proporcionan su propio transporte. El reembolso se realizará a la tarifa contratada y se facturará al final de cada mes. No se le puede reembolsar si el niño está usando el autobús y los padres manejan solo ocasionalmente o diariamente, pero solo un trayecto.

Este formulario debe llenarse de manera completa y precisa, para no retrasar el procesamiento. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, no dude en llamar a nuestra oficina al: (845) 673-3297. Una vez que se reciba este formulario, comenzará el proceso de acuerdo y el Departamento de Salud del Condado de Orange se comunicará con usted para obtener información adicional.

Nombre del niño/a: _____ F. nacimiento: _____

Nombre del padre/ tutor legal: _____ Grupo de edad infantil/Tipo de servicio:

- Reembolso: Yo transportare a mi hijo y no estoy interesado en un acuerdo de reembolso de millas con el Condado de Orange. *(Por favor no olvide firmar abajo)*
- Yo tranportare a mi hijo y estoy interesado en un acuerdo de reembolso de millas con el Condado de Orange. Porfavor escriba su informacion abajo. *(Firmas obligatorias para la validez del documento)*
- Prescolar
 Servicios relacionados
 Intervencion Temprana

Direccion legal: _____

Direccion de correo: _____

Telefono #: _____ Celular #: _____ Trabajo #: _____

Nombre del programa de servicio/Instalaciones: _____

Direccion del programa/Instalaciones: _____

Distrito Escolar (P.S./R.S.) or OSC Name (E.I.): _____ Telefono OSC # (E.I.): _____

Fecha de solicitud de reembolso: _____ Plazo de reembolso de transporte:

- Tipo de transporte: Personal Publico (Especifique): _____
- Rate (ONE WAY): _____
- Programa de Verano (P.S.): _____
 Programa de 10-meses (P.S.): _____
 Intervencion Temprana / Servicios similares: IFSP periodo de tiempo: _____

PRISMATICSBLSBL OFFICE USE ONLY

Mileage from home to Servicing Program/Facility (ONE WAY): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

OSC Signature (E.I.): _____ Date: _____

OFFICIAL USE ONLY

For Early Intervention students only: This form must be submitted to PrismaticSBL's office by the child's EIOD for it to be processed. Any forms submitted to our office by the child's Ongoing Service Coordinator will not be processed, and will be returned to the child's Ongoing Service Coordinator.

EIOD Signature (E.I.): _____ Date: _____

Please mail this form to: PrismaticSBL
 680 Route 211E
 3B #156
 Middletown, NY 10941

ORANGE COUNTY OFFICIAL USE ONLY

Contract Start Date: _____ Approved Date: _____
 County Official Signature: _____