

Programa Welfare to Work - Forma de Reclamación de Millaje

Por favor envíe directamente a: _____ Trabajador/a #: _____
 Employment & Benefit Services Division
 P.O. Box 1320
 Santa Cruz CA 95061

Nombre del participante: _____ SSN: _____

Mes de reclamación: _____ Millas por mes autorizado en el NOA: _____

Fecha	Origen y Destino	Propósito o Actividad Aprobada WTW	Odómetro		Millas Reclamadas
			Final	Empiezo	
Millas de ajuste para un avance el transporte o el pago en exceso de transporte					
El total de millas reclamado después de los ajustes de los avances					

Total de millas _____ **X 56 cents per mile** (tasa de IRS a partir del 1/1/14) = \$ _____

Yo certifico que la información introducida en este formulario es verdadera y correcta y que todas las actividades señaladas en este formulario fueron aprobados con antelación por mi trabajador/a, y eran necesarias para la participación en el programa CalWORKs WTW.

Firma de Participante del Programa WTW _____ Fecha _____

Sr. ETS Approval (required if over \$500):

Signature / Date

Date sent/faxed to Fiscal: _____ ETS/EW certification: _____