

Estado de Nueva York
JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA (WORKERS' COMPENSATION BOARD)
**REGISTRO DE GASTOS MÉDICOS Y DE VIAJE DEL DEMANDANTE
Y SOLICITUD DE REEMBOLSO**

NOMBRE DEL DEMANDANTE	NÚMERO DE CASO DE LA WCB:	N.º DEL SEGURO SOCIAL:
DIRECCIÓN RESIDENCIAL	DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE)	

En relación con el caso de compensación obrera más arriba, usted tiene derecho a ser reembolsado por (1) medicamento o suministro adecuadamente prescrito por su proveedor de atención de la salud que haya pagado usted mismo y por (2) tarifas, millaje de automóvil u otros gastos necesarios para ir y venir del consultorio de su proveedor de atención de la salud u hospital.

Para ayudarlo a conservar un registro de dichos gastos hemos proporcionado este formulario. Para ayudarlo a asegurarse que se lo reembolsa adecuadamente, enumere cada punto de sus gastos a continuación, ya sea que haya obtenido un recibo o no (siempre que sea posible obtenga recibos). **Envíe el formulario completo y copia de todos los recibos o facturas a la aseguradora de compensación obrera (o a su empleador, si es un asegurado independiente) y a la Junta de Compensación Obrera.** (Ver dirección de la Junta en el reverso). Se sugiere que conserve una copia de los recibos y facturas para sus registros.

NATURALEZA DEL GASTO	FECHA	MONTO

Continúa en el reverso

