

NCVAN 2019 Formulario de Reembolso para Víctimas de Homicidio

INFORMACION DE LA AGENCIA	INFORMACION DEL BENEFICIARIO
Nombre de Contacto:	Nombre del Beneficiario:
Agency:	Dirección del Beneficiario: Ciudad: Estado: Zip:
Dirección: City: Estado: Zip:	Teléfono del Beneficiario: Correo Electrónico:
Teléfono:	Nombre de la Víctima de Homicidio:
Declaración Firmada de Representante de la Agencia Yo _____, certifico por medio de mi firma que este beneficiario no fue llamado como testigo para el estado. Fecha: _____	Fecha/Longitud del Juicio: _____ Numero de días en que asistió el beneficiario: _____
VIAJE	
<i>Alquiler de Automóvil – Será reembolsado a una tarifa de categoría económica, \$40/día</i>	
COMPANIA DE ALQUILER DE AUTOMOVIL.	LONGITUD DEL ALQUILER: COSTO TOTAL DEL AUTOMOVIL: \$
<i>Uso de Automóvil Personal (54 centavos por milla, no se requieren recibos)</i>	
MILLAS RECORRIDAS IDA Y VUELTA _____ @.54/milla = MILLAJE TOTAL A SER REEMBOLSADO \$ _____	
<i>Costo de Tiquete - Un Viaje por Jornada Judicial (\$500 es el límite por persona ida y vuelta)</i>	
COSTO DEL TIQUETE IDA Y VUELTA =	COSTO TOTAL DEL TIQUETE: \$
<i>Gastos de Estacionamiento en el Hotel o en el Tribunal o Peaje</i>	
GASTO TOTAL DE ESTACIONAMIENTO: \$	PAGO DE PEAJE: \$
HOTEL (Tarifa: \$67.30/noche más impuestos por habitación)	
Nombre del Hotel:	
No. de Personas:	
ALOJAMIENTO	
Costo por Noche:	No. Total de Noches: TOTAL: \$
COMIDAS (Desayuno \$8.60; Almuerzo \$11.30; Cena \$19.50) – SE REQUIEREN FACTURAS PORMENORIZADAS <i>Las bebidas alcohólicas no son un gasto permitido / Las propinas no son reembolsables</i>	
<u>Desayuno:</u>	No. de Personas: No. de Días: Costo Total del Desayuno: \$
<u>Almuerzo:</u>	No. de Personas: No. de Días: Costo Total del Almuerzo: \$
<u>Cena:</u>	No. de Personas: No. de Días: Costo Total de la Cena: \$
COSTO TOTAL DE TODAS LAS COMIDAS: \$	
SUMA TOTAL SOLICITADA PARA REEMBOLSO BAJO SUBVENCION: \$	
Yo declaro que la información anterior es verdadera y correcta conforme a mi leal saber y entender y que no fui llamado como testigo para el estado. Yo declaro que estoy solicitando reembolso para mí y para las personas que aparecen en este formulario aprobado.	

<i>Firma del Beneficiario</i>	
Aprobado Por (Director del Proyecto)	Fecha:



Envié por correo a:
 North Carolina Victim Assistance Network
 P.O. Box 32173 Raleigh, NC 27622
 email: admin@nc-van.org
 Phone: 919-831-2857 ext. 104 | FAX: 919-831-0824