



## REEMBOLSO DE TRANSPORTE PÚBLICO



### PROCEDIMIENTOS

- Para ser elegible, usted debe ser Proveedor Independiente del Condado de San Mateo y estar actualmente trabajando.
- El monto máximo a reembolsar por cada pase de transportación es **\$50.00** por un pase mensual, valor agregado a la Tarjeta Clipper.
- Los reembolsos se harán en base al orden de cómo se reciban los reclamos y el monto se limitará a la cantidad disponible para ese mes.
- Sólo se le puede reembolsar por un pase de transportación al mes.
- Las solicitudes de valor agregado a la Tarjeta Clipper adquirido entre el 1-15 de cualquier mes se aplicarán al reembolso de ese mes. Las reclamaciones por de valor en efectivo adquirido entre el 16 y el último día del mes se aplicarán al reembolso para el próximo mes.
- Le pedimos que presente su solicitud de reembolso mensualmente en vez de acumularlos y presentarlos por junto.
- Siempre y cuando siga las pautas mencionadas anteriormente, el cheque de reembolso le será enviado por correo.

### INSTRUCCIONES

1. Compre una Tarjeta Clipper (Ir a [www.Clippercard.com](http://www.Clippercard.com))  
El cargo de \$3.00 para comprar una Tarjeta Clipper será reembolsado a los primero 125 proveedores que lo soliciten en el formulario de reclamación.
2. Compre su pase mensual de autobús o agregar el valor a la Tarjeta Clipper.  
Guarde su recibo.
3. Complete el formulario de reclamación, **Solicitud para Reembolso de Transportación**. Indique si está solicitando el reembolso de un pase mensual, valor agregado o el costo por la compra de una Tarjeta Clipper. Adjunte el recibo original por la compra de la Tarjeta Clipper. Los formularios de reclamación están disponibles en La Autoridad Pública al (650) 573-2047 o en la unión SEIU, Local 521 al (650) 801-3500.
4. Por favor envíe su formulario de reclamo tan pronto como sea posible. Los formularios de reclamación deben ser recibidos dentro de los **30** días de la fecha indicada en el recibo. No se procesará ningún reclamo recibido después de los 30 días.
5. **Envíe su solicitud a:** Public Authority  
P.O Box 5892  
San Mateo, CA 94402

**IHSS AUTORIDAD PÚBLICA**  
**Petición de Reembolso por Transporte Público**

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ Numero del Proveedor: \_\_\_\_\_  
(Nombre complete) (Se encunetra en la Hoja de Tiempo)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Monto Cargado en la Tarjeta Clipper \$ \_\_\_\_\_ **(Recibo original debe estar adjuntaro)**

For:  Pase Mensual  Valor en Efectivo  Compra de Tarjeta Clipper

-----  
**(Sólo Para Uso Oficial)**

**ACCIÓN DE LA AUTORIDAD PÚBLICA**

Elegibilidad del Proveedor Verificada a través del Systema CMIPS \_\_\_\_\_  
Iniciales

Aprobado \_\_\_\_\_ Monto: \$ \_\_\_\_\_  
Mes/Año

Desaprobado (Razón \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Archivo # \_\_\_\_\_

Registrado: \_\_\_\_\_