BUREAU OF KIDNEY HEALTH CARE
TEXAS DEPARTMENT OF HEALTH
ASSOCIATESHIP FOR FAMILY HEALTH
1100 W. 49th Street (Y-950)
Austin, Texas 78756-3184
(512) 834-4551 1-800-222-3986

Sólo para el uso de KHC

CLAIM#:

Form KHC-.3 10/02

FORMULARIO PARA COBROS DE TRANSPORTACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN DEL DESTINATARIO: *FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA

Nombre:
_____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Número B de KHC:_____

Número de teléfono del desinatario: _____ **Número de Seguro Social (opcional)** _____-_____-_____

2. PERÍODO DEL COBRO: *Solamente UN mes por cada forulario de cobro

Circule el mes de este cobro: **ENE FEB MAR ABR MAY JUNE JUL AGO SEP OCT NOV DIC**

Este cobro es para el año de 20_____

3. Transportación para **PACIENTES DE DIÁLISIS EN EL HOGAR O PACIENTES DE TRANSPLANTE** solamente:

Fecha	Nombre y Tipo de Proveedor/Establiecimiento	Ciudad del Proveedor/Establiecimiento	Razón del viaje (Relaionado al rinon)	Millas Recorridas

CERTIFICACION: Yo certifico que los gastos que se cobran en este formulario fueron por gastos de transportacion permitidos y no soy eligible para recibir reembolsos por estos gastos de transportacion de ninguna otra agencia. Cualquiera que falsifique o mal interprete informacion esencial en este formulario puede estar sujeto a enjuiciamiento bajo la ley estatal.

FIRMA DEL DESTINATARIO: _____
TESTIGO: (Si firmo con unu "X"):_____

ESTE FORMULARIO PUEDE SER DUPLICADO

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD

Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a http://www.tdh.state.tx.us para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: *Government Code,* sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004).