



Texas Workforce Commission
 Servicios de Rehabilitación Vocacional
Registro de transporte

Nombre del cliente:	Identificación del caso:	Mes:
----------------------------	---------------------------------	-------------

Registro

Instrucciones:

- Ingrese la fecha del viaje en el siguiente formato: mm/dd/aa. Por ejemplo, 12/15/19.
- Ingrese el propósito del viaje.
- Ingrese la dirección de la ubicación a la cual viaja de ida y regreso.
- Seleccione el cuadro que indica si está usando un pase de autobús.
- Si no usa un pase de autobús, ingrese las millas recorridas.

Fecha	Propósito del viaje	Dirección de ida y regreso	Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas

Fecha	Propósito del viaje	Dirección de ida y regreso	Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
			<input type="checkbox"/> Pase de autobús o millas
Total de millas			

Consentimiento y firma del cliente

Yo entiendo que los fondos de transporte han sido aprobados para apoyar mi participación en evaluaciones y o servicios de rehabilitación vocacional. Estos fondos no pueden usarse para pagar ningún "gasto regular para vivir" (ver VRSM C-1402). Al firmar este formulario, verifico que el contenido de este registro es correcto y que utilicé estos fondos solo para los fines previstos. Devolveré los fondos no utilizados a TWC-VR.

Firma del cliente:	Fecha de firma:
--------------------	-----------------

Revisión y firma del consejero de VR

Nombre del consejero de VR:

Verifico que he revisado y Aprobado o Desaprobado el contenido de este registro.

Firma del consejero de VR:	Fecha de firma:
----------------------------	-----------------