

Complete y presente a:
 Minnesota Crime Victims Reparations Board
 Office of Justice Programs
 445 Minnesota Street
 St. Paul, MN 55101
 Fax: 651-296-5787
 Correo electrónico:
 dps.justiceprograms@state.mn.us



SOLICITUD DE REMBOLSO POR MILLAS

N° de reclamo: _____

Información de Víctima/Reclamante:

Nombre	El programa de indemnización reembolsa las millas recorridas a sus citas médicas y de salud mental que están directamente relacionadas a sus lesiones causadas por el crimen. Las millas se calculan desde el trayecto de su domicilio principal a la dirección del hospital/clínica y se paga usando la tarifa estándar federal por milla.
Dirección	
Ciudad, Estado, Código postal	

Información de viaje:

	Fecha (cada viaje)	Nombre del destino (clínica/hospital)	Dirección de destino	Millas (ida y vuelta)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

Favor de comunicarse al 651.201.7300 para pedir una solicitud adicional, o se la puede descargar por medio del internet visitando a ojp.dps.mn.gov.

Estos gastos están directamente relacionados a mi solicitud de reclamo y no he recibido ningún reembolso de cualquier otra fuente. Con la presente certifico que la información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Nombre de Víctima/Reclamante en letra de imprenta	Firma	Fecha