

## Solicitud de reembolso del participante

- Instrucciones:** 1. El participante o el tutor deben completar la información y firmar abajo.  
2. Adjunte un recibo que compruebe que el costo se pagó.

Fecha de compra o  
fecha de finalización del  
servicio: \_\_\_\_\_

N.º de ID de Medicaid: \_\_\_\_\_

Page para  
Nombre en letra de molde del participante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Descripción de los bienes o  
los servicios adquiridos: \_\_\_\_\_

Código de servicio: \_\_\_\_\_

Tipo de unidad: \_\_\_\_\_ Precio por unidad: \$ \_\_\_\_\_  
(cada uno, hora, fecha, etc.)

N.º de unidades: \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

Aprobado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del participante o del tutor