

**IMPERIAL COUNTY DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES – CalWORKs
TRANSPORTATION STATEMENT AND SUPPORTIVE SERVICES CLAIM**

Month of: _____

Participant Information

Participant Name:	Case #:
Address/Phone:	New address? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

****The County reserves the right to view and request a vehicle's odometer reading for the purpose of determining actual miles driven for reimbursement.
Attach a copy of driver's license, vehicle registration, insurance, receipts and/or statements.**

Mileage

Child Care		Activity
Child Care Provider:		Activity Name:
Address:		Address:
City:		City:

Circle dates of transportation usage:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Vehicle Odometer Beginning: _____ Ending: _____

I certify under penalty of perjury that the above information is true and correct to the best of my knowledge.

Participant Signature: _____ Date: _____

County Use Only

<input type="checkbox"/> Mileage: # of Days: _____ X Miles per Day _____ Total Miles _____ X Rate/Mile(s) = \$ _____		<input type="checkbox"/> Other: # of Days: _____ X Trips per Day _____ X Rate per Trip _____ = \$ _____
--	--	---

Payment Month: _____ Payment Amount: \$ _____

Payee Name: _____ Instructor/Employer's Name: _____

Authorized Signatures

_____	_____	_____	_____
Authorizing Social Worker	Date	Authorizing Supervisor	Date

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO DE IMPERIAL – CalWORKs
DECLARACIÓN DE TRANSPORTE Y SERVICIOS SOSTENEDORES**

Mes de: _____

Información del Participante	
Nombre de Participante:	# de Caso:
Domicilio/Tel.:	Domicilio nuevo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

****El Condado reserva el derecho de revisar y solicitar el odómetro de un vehículo para determinar las millas actuales usadas para el reembolso.
Adjuntar copia de su licencia de conducir, registro del vehículo, aseguranza, recibos y/o decalaciones.**

Millaje	
Cuidado de Niños	Actividad
Nombre de Proveedor/a:	Actividad:
Domicilio:	Domicilio:
Ciudad:	Ciudad:

Circule las fechas de uso de transporte:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Odometro del Vehículo Principio: _____ Terminar: _____

Certifico bajo pena de perjurio que la información de arriba es verdadera y correcta según mi entender.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

County Use Only

<input type="checkbox"/> Mileage: # of Days: _____ X Miles per Day _____ Total Miles _____ X Rate/Mile(s) = \$ _____	<input type="checkbox"/> Other: # of Days: _____ X Trips per Day _____ X Rate per Trip _____ = \$ _____
--	---

Payment Month: _____ Payment Amount: \$ _____

Payee Name: _____ Instructor/Employer's Name: _____

Authorized Signatures

_____	_____	_____	_____
Authorizing Social Worker	Date	Authorizing Supervisor	Date