

AIMS

Attention Mackenzie Dawson

From Tiffany Anderson

Medial Mileage Expense

10-21-2009

CLAIM # VE0700184

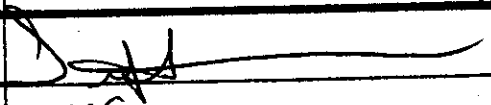
T. Tiffany Anderson
 Injured worker's name /
 Nombre de la persona lesionada

VE0700184
 Claim number / Numero de reclamo

Medical mileage expense form
Forma de gastos por distancia recorrida por visitas medica

If you have to travel to get treatment for your work injury, you are entitled to re-payment of your travel costs. The mileage rate is 55 cents (\$.55) per mile. Mileage for reasonable travel to the pharmacy, parking, bridge tolls, public transportation and other travel-related costs are also included. Complete this form. Attach receipts. Send the original to the insurance company and keep a copy. **Do not** send the original or a copy to the local Workers' Compensation Appeals Board (WCAB) or the information and assistance officer. If your travel costs are not paid within 45 days, contact the information and assistance officer.

Si tiene que viajar para recibir tratamiento por una lesión en el trabajo, usted tiene derecho a recibir un reembolso de \$.55 por milla. Millas por un viaje de distancia razonable a la farmacia, estacionamiento, pago de peaje, transporte público y otros viajes y costos relacionados estan tambien incluidos. Complete esta forma y adjunte los recibos. Envie la forma original a la compañía de seguros y guarde una copia. **No envíe** el original o la copia a la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador (WCAB). Si sus gastos de viajes no son pagados dentro de 45 días, llame al oficial de información y asistencia.

Date/ Fecha	Traveled from (include address) Viaje desde (Incluya direccion)	Traveled to (include name and address of doctor, hospital, therapist, etc.) Viaje a (incluya nombre y direccion del medico, hospital, terapeuta, etc.)	Round trip mileage/ Millaje viaje redondo	Parking/ Estacion- amiento	Tolls/ Peaje	
Sample: 7/1/08	Sample: 1515 Maple, San Francisco	Sample: Dr. Sherman, 190 Oak, San Francisco	Sample: 14 mi	Sample: \$2.50	Sample: \$	
6-20-08	Stock 7759 Airport	to 1416 Iris Dameron Ave. Orca	27.25			
6-23-08	Lal 1416 Iris Dr.	420 W Acacia Stockton	26.84			
6-30-08	" "	" "	26.84			
7-8-08	" "	" "	26.84			
7-15-08	" "	" "	26.84			
7-22-08	" "	" "	26.84			
7-29-08	" "	" "	26.84			
7-29-08	Lal 1416 Iris	546 E Pine Stockton	23.94			
8-5-08	" "	420 W Acacia	26.84			
8-12-08	" "	" "	26.84			
8-22-08	" "	2488 California Stockton	32.03			
9-17-08	" "	" "	32.03			
California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.			Total miles	0.55 / mile =	\$ 0	
				Total parking	\$ 0	
				Total tolls	\$ 0	
				329.99		
			Total reimbursement requested		\$ 0 / 81.49	
Las Leyes de California establecen que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquiera persona que a sabiendas presente reclamos falsos or fraudulentos para el pago de una pérdida, sera culpable de un delito y se le podría multar y encarcelar en la penitenciaría estatal.			Signature / Firma			
			Printed name / Imprima su nombre		Tiffany Anderson	
			Date / Fecha		10-21-2009	

Tiffany Anderson
 Injured worker's name /
 Nombre de la persona lesionada

VE0700184
 Claim number / Numero de reclamo

Medical mileage expense form
Forma de gastos por distancia recorrida por visitas medica

If you have to travel to get treatment for your work injury, you are entitled to re-payment of your travel costs. The mileage rate is 55 cents (\$.55) per mile. Mileage for reasonable travel to the pharmacy, parking, bridge tolls, public transportation and other travel-related costs are also included. Complete this form. Attach receipts. Send the original to the insurance company and keep a copy. **Do not** send the original or a copy to the local Workers' Compensation Appeals Board (WCAB) or the information and assistance officer. If your travel costs are not paid within 45 days, contact the information and assistance officer.

Si tiene que viajar para recibir tratamiento por una lesión en el trabajo, usted tiene derecho a recibir un reembolso de \$.55 por milla. Millas por un viaje de distancia razonable a la farmacia, estacionamiento, pago de peaje, transporte público y otros viajes y costos relacionados estan tambien incluidos. Complete esta forma y adjunte los recibos. Envie la forma original a la compañía de seguros y guarde una copia. **No envíe** el original o la copia a la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador (WCAB). Si sus gastos de viajes no son pagados dentro de 45 días, llame al oficial de información y asistencia.

Date/ Fecha	Traveled from (Include address) Viaje desde (incluya direccion)	Traveled to (include name and address of doctor, hospital, therapist, etc.) Viaje a (incluya nombre y direccion del medico, hospital, terapeuta, etc.)	Round trip mileage/ Millaje viaje redondo	Parking/ Estacion- amiento	Tolls/ Peaje
Sample: 7/1/08	Sample: 1515 Maple, San Francisco	Sample: Dr. Sherman, 190 Oak, San Francisco	Sample: 14 mi	Sample: \$2.50	Sample: \$
9-22-08	1416 Iris #7	2488 California Street	32.03		
9-25-08			32.03		
11-05-08			32.03		
11-18-08			32.03		
12-17-08	" "	" "	32.03		
3-25-09	1516 Sylvan #205		28.72		
3-31-09	" "		28.72		
4-10-09			28.72		
4-28-09			28.72		
5-19-09			28.72		
7-7-09			28.72		
7-14-09			28.72		
California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.			Total miles	0	x \$.55 / mile = \$ 0
				Total parking	\$ 0
				Total tolls	\$ 0
			Total reimbursement requested		\$ 0 198.65
Las Leyes de California establecen que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente reclamos falsos or fraudulentos para el pago de una pérdida, sera culpable de un delito y se le podría multar y encarcelar en la penitenciaría estatal.			Signature / Firma		
			Printed name / Imprima su nombre	Tiffany Anderson	
			Date / Fecha	10-21-2009	

Tiffany Anderson

VE 0700184
Claim number / Numero de reclamo

Injured worker's name /
Nombre de la persona lesionada

Medical mileage expense form
Forma de gastos por distancia recorrida por visitas medica

If you have to travel to get treatment for your work injury, you are entitled to re-payment of your travel costs. The mileage rate is 55 cents (\$.55) per mile. Mileage for reasonable travel to the pharmacy, parking, bridge tolls, public transportation and other travel-related costs are also included. Complete this form. Attach receipts. Send the original to the insurance company and keep a copy. **Do not** send the original or a copy to the local Workers' Compensation Appeals Board (WCAB) or the information and assistance officer. If your travel costs are not paid within 45 days, contact the information and assistance officer.

Si tiene que viajar para recibir tratamiento por una lesión en el trabajo, usted tiene derecho a recibir un reembolso de \$.55 por milla. Millas por un viaje de distancia razonable a la farmacia, estacionamiento, pago de peaje, transporte público y otros viajes y costos relacionados estan tambien incluidos. Complete esta forma y adjunte los recibos. Envie la forma original a la compañía de seguros y guarde una copia. **No envíe** el original o la copia a la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador (WCAB). Si sus gastos de viajes no son pagados dentro de 45 dias, llame al oficial de información y asistencia.

Date/ Fecha	Traveled from (include address) Viaje desde (incluya direccion)	Traveled to (include name and address of doctor, hospital, therapist, etc.) Viaje a (incluya nombre y direccion del medico, hospital, terapeuta, etc.)	Round trip mileage/ Millaje viaje redondo	Parking/ Estacion- amiento	Tolls/ Peaje	
Sample: 7/1/08	Sample: 1515 Maple, San Francisco	Sample: Dr. Sherman, 190 Oak, San Francisco	Sample: 14 mi	Sample: \$2.50	Sample: \$	
8-11-09	1516 Dubon	2488 California	28.72			
9-8-09			28.72			
10-6-09	7759 Airport	Level PT	20.42			
	ll h	ll h	20.42			
California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.			Total miles	0 98.28	x \$.55 / mile = \$ 0	
					Total parking	\$ 0
					Total tolls	\$ 0
					Total reimbursement requested	\$ 0
Las Leyes de California establecen que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente reclamos falsos o fraudulentos para el pago de una pérdida, sera culpable de un delito y se le podría multar y encarcelar en la penitenciaría estatal.			Signature / Firma	54.05		
			Printed name / Imprima su nombre	Tiffany Anderson		
			Date / Fecha	10-21-2009		