

# CSHCN Services Program

## Reimbursement Request for Transportation of the Remains of Deceased Clients



Solicitud para reembolso de gastos de transportación de un cliente difunto

**Dates billed/** Período que se está cobrando: **from/del** \_\_\_\_\_ **to/al** \_\_\_\_\_

<b>Client Information (Información del cliente):</b>			
<b>Client name:</b> Nombre del cliente:		<b>CSHCN Services Program number:</b> Núm. del cliente:	9- _____ -00
<b>Date of birth:</b> Fecha de nacimiento:		<b>Date of death:</b> Fecha de fallecimiento:	
<b>Describe the services for which you are requesting reimbursement. Include the mode of transportation.</b> Describa los servicios por los cuales usted pide reembolso. Incluya el tipo de transportación.			
<b>Estimated one-way mileage (if driving):</b> La distancia estimada del viaje de ida (si manejara):			
<b>City starting from:</b> Ciudad de partida:			
<b>City and State (not payable beyond Texas border) ending:</b> Ciudad y estado a donde llegó (no se puede pagar fuera de las fronteras de Texas):			
<b>Number of receipts attached:</b> Número de recibos adjuntos:		<b>Total amount requested:</b> Cantidad total que solicita:	\$ _____

**Complete one of the following two certifications and the information required for payment.**

(Rellene una de las dos certificaciones siguientes y la información que se requiere para el pago.)

<b>Certification of Parent/Guardian (Certificación del padre o tutor legal):</b>	
<b>I certify the information on this form is correct. I have paid in advance for these costs or traveled as described above as a result of transporting the deceased client. I am requesting reimbursement for the transportation costs that were incurred for the above-mentioned deceased CSHCN Services Program eligible client.</b> Certifico que la información de este formulario es correcta. He pagado estos gastos por adelantado o he viajado como se describió anteriormente para transportar al cliente difunto. Solicito reembolso de los gastos de transportación incurridos para el cliente difunto mencionado anteriormente, quien fue elegible para el Programa de Servicios CSHCN.	
<b>Parent/Guardian Signature:</b> Firma del padre o tutor legal:	<b>Date:</b> Fecha:

<b>Certification of Funeral Home/Provider (Certificación de funeraria o proveedor):</b>	
<b>I certify the information on this form is correct. I am requesting reimbursement for the transportation cost(s) that were incurred for the above-mentioned deceased CSHCN Services Program eligible client.</b> Certifico que la información de este formulario es correcta. Solicito reembolso de los gastos de transportación incurridos para el cliente difunto mencionado anteriormente, quien fue elegible para el Programa de Servicios CSHCN.	
<b>Signature of Provider:</b> Firma del proveedor:	<b>Date:</b> Fecha:

<b>The following information is required for payment (please print):</b> La información siguiente se necesita para el pago (escriba en letra de molde por favor):			
<b>Pay to:</b> Hágase pagadero a:	<b>Relationship to deceased (if any):</b> Parentesco con el difunto (si hay):		
<b>Address/City/State/Zip:</b> Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:	<b>Telephone number:</b> Número de teléfono:		
Mail to: (Envíe a): <b>TMHP CSHCN Services Program</b> <b>P O Box 200855</b> <b>Austin, TX 78720-0855</b>	<b>FOR USE BY TMHP ONLY (sólo para el uso de TMHP)</b> MICR #: _____ Amount paid: _____ Initials: _____		

**Please paper-clip (do not staple) to this form a copy of all the receipts for this request.**  
Adjunte con un sujetapapeles detrás de este formulario (no grape) una copia de todos los recibos para esta solicitud.