OMB Numero: 2900-0219 Cargo Est.: 10 minutos

Departamento de Asuntos de Veteranos

Reclamo de Gastos Misceláneos

Centro de Administración de Salud VA **1-888-820-1756**

Atención: Después de revisar la información siguiente, complete todo este formulario (imprima o escriba a máquina solamente) y devuélvalo con la documentación que se requiere. Los recibos deben ser suministrados con este formulario para asegurar el pago correcto. Si no suministra dicha información, puede resultar en retraso o rechazo de sus reclamos. Si necesita más espacio, continue en el mismo formato en una hoja adjunta.

Nota: Este formulario es mandatorio para todos los reclamos de reembolso de gastos miscelaneos relacionados al tratamiento de la espina bifida y otros defectos de nacimiento y condiciones asociadas cubiertas. Sin importar el tipo de gasto que está reclamando, es obligatorio llenar las secciones I, II, y IV. Llenar la section III es requerida solamente para reclamos que involucran el viajar. Reembolso para gastos aprobados (incluyendo acompañante de viaje / gastos misceláneos) serán hecho pagadero al beneficiario.

Sección I - Información del Paciente

Apellido	Primer Nombre	I.	Número de Seguro Social

Dirección	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Ciudad	Estado	Código Postal	Número Telefónico (incluya código de area)

Sección II - Información del Patrocinador

Apellido	Primer Nombre	I.	Número de Seguro Social

Sección III - Viajes

Adjunte recibos requeridos para gastos reclamados (recibos de millaje de vehículo particular [POV] seran excluidos)

¿El proveedor estará facturando por sus servicios? (Marque uno) ☐ Si ☐ No

Certificacion de Servicio Medico (requerido para *todo* reclamo de viaje)

Fecha de Servicio (mm/dd/aaaa)	Numero de Identificacion de Impuestos del Proveedor	Firma del Proveedor certificando servicio en la fecha de servicio (escrito a maquina si electronico)
		X

Información de Viaje del Paciente

Modo de Viaje

☐ Aerolinea ☐ Taxi ☐ Millaje (ida y vuelta) POV ▶ ▶ ▶

☐ Bus ☐ Tren ☐ Otro (especifique) ▶ ▶ ▶ ▶

Fecha(s) de viaje (mm/dd/aaaa)	Salida			Llegada		
	Ciudad	Estado	Hora (ejmp. 0815)	Ciudad	Estado	Hora (ejmp. 0815)

Fecha(s) de viaje (mm/dd/aaaa)	Salida			Llegada		
	Ciudad	Estado	Hora (ejmp. 0815)	Ciudad	Estado	Hora (ejmp. 0815)

Información del Acompañante

Apellido	Primer Nombre	I.	Relación al Paciente

Gastos Misceláneos del Paciente/Acompañante

Alojamiento $		Otro (estacionamiento, peaje, etc.) $		Comidas $	

Sección IV - Certificación

Leyes Federales (18 USC 287 y 1001) Proporcionan penas criminales si deliberadamente hace reclamos o declaraciones falsas, ficticias o fraudulentas.

Divulgación de Información Medica : Su firma en esta sección autoriza a los proveedores médicos del paciente divulgar la documentación del expediente médico relacionado con los servicios asociados con este reclamo. Este consentimiento corresponde a todos expedientes médicos, incluyendo los expedientes relacionado con el tratamiento para las afecciones psicológicas y psiquiátricas, el abuso de droga y alcohol, el síndrome de deficiencia inmunizado adquirido, infección de virus de inmunodeficiencia humana, y enfermedad de célula de hoz.

▶ ***Certifico que la información arriba y los anexos adjuntos son correctos y representan servicios actuales, fechas, y honorarios. (Firme y coloque la fecha a la derecha.) Si la certificación es firmada por otra persona que no sea el paciente, complete la información, firma y fecha.***

Firma (escriba el nombre si ingresa datos electronicamente)	Fecha

Apellido	Primer Nombre	I.	Relación al Paciente

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal	Número Telefónico (incluya código de area)

Reclamo para Gastos Misceláneos

LA LEY DE PRIVACIDAD: La autoridad para la recolección de la información pedida en este formulario es 501 y 1805 de 38 U.S.C.,17.900 de 38 CFR y otros. Esta información es requerida para todos reclamos para el reembolso de gastos misceláneos relacionado con los beneficios de atención de salud para niños de veteranos calificados. Usted no tiene que proporcionar la información pedida pero si cualquiera o toda información pedida no es proveída, puede demorarse o resultar en la negación de su solicitud de pago. El no suministrar la información pedida no tendrá impacto adverso sobre cualquier otro beneficio de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en ingles) al que usted puede tener derecho. Las respuestas que usted presenta son consideradas confidenciales y pueden divulgarse fuera de VA sólo si la divulgación es autorizada bajo la Ley de Privacidad, incluyendo los usos rutinarios identificados en el sistema de registros de VA 54VA16 titulado "Centro de Administración de Salud Civil y Programa de Registros Médicos - VA". Por ejemplo, la información en este formulario puede ser revelada a contratistas, a socios comerciales, a proveedores de cuidados de salud y otros que suministran servicios de salud para determinar su eligibilidad para beneficios médicos y el pago de servicios. La divulgación de número(s) de Seguro Social de ésos para quienes los beneficios son reclamados se solicita bajo la autoridad del título 38, U.S.C., y es voluntario. Los números de Seguro Social serán usados en la administración de los beneficios a veteranos, en la identificación de veteranos o personas que reclaman o reciben beneficios de VA y sus expedientes y podrán ser usados para otros propósitos autorizados por el título 38 de U.S.C., y la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S. C. 552a) o requerido por otros reglamentos.

Acta de Reducción de Papeleo: esta colección de información esta de acuerdo con los requisitos de autorización de la sección 3507 del Titulo 44, U.S.C. del Acta de Reducción de Papeleo de 1995. La inconveniencia al publico por la recolección de la información es calculada en un promedio de 10 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo que toma para leer instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y evaluar la colección de la información. Los encuestados deben tener en cuenta que ninguna persona estará sujeta a cualquier pena por no obedecer a la coleccion de información si no demuestra un número de control de la OMB valido y vigente.

Program de Cuidado de Salud Espina Bifida

VA Health Administration Center
Spina Bifida Health Care Benefits
PO Box 469065
Denver CO 80246-9065

Teléfono: 1-888-820-1756

Fax: 1-303-331-7807

Niños de Mujeres Veteranas de Vietnam

VA Health Administration Center
Children of Women Vietnam Veterans
PO Box 469065
Denver CO 80246-9065

Teléfono: 1-888-820-1756

Fax: 1-303-331-7807