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 listed below based on the year mileage was incurred. 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 60 days, contact the information and assistance officer. Conforme a su petición le adjunto un formulario de millas adicional. Usted puede obtener una copia electrónica de este formulario cuando visite por internet a http://www.dir.ca.gov/dwc/I&A_mileageForm.pdf. Tenga en cuenta que el kilometraje varía dependiendo del año en que se incurra. Consulte la tabla a continuación.

Effective Period	Rate per mile
01/01/10-12/31/10	$ 0.500
01/01/11-06/30/11	$ 0.510
07/01/11-12/31/12	$ 0.555
01/01/13-12/31/13	$ 0.565
01/01/14-12/31/14	$ 0.560
01/01/15-12/31/15	$ 0.575
01/01/16-12/31/16	$ 0.540

Si tiene que viajar para recibir tratamiento por una lesión en el trabajo, usted tiene derecho a recibir un reembolso de $.54 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 compañia de seguros y guarde una copia. No envie 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 60 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/ Estacionamiento**	**Tolls/ Peaje**
Sample: 7/1/16	Sample: 1515 Maple, San Francisco	Sample: Dr. Sherman, 190 Oak, San Francisco	Sample: 14 mi	Sample: $2.50	Sample: $

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		x rate / mile =	$
			Total parking	$
			Total tolls	$
		Total reimbursement requested		**$**
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, será culpable de un delito y se le podría multar y encarcelar en la penitenciaría estatal.	**Signature / Firma**			
	Printed name / Imprima su nombre			
	Date / Fecha			