

IMPERIAL COUNTY DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
 TRANSPORTATION STATEMENT AND SUPPORTIVE SERVICES

Month of: _____

Participant Information			
Participant Name:	Case #:		
Address/Phone:	New address?	Y	N

d Z } μ v À Z] P Z } À] v μ À Z

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO DE CALWORKS
 DECLARACIÓN DE TRANSPORTE Y SERVICIOS SOSTENEDORES

Mes de _____

Información del Participante			
Nombre de Participante:	# de Caso		
Domicilio/Tel:	Domicilio nuevo	S	N

** El Condado reserva el derecho de revisar o 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
Odometro del Vehículo Principio														Terminar													

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

Firma de Participante _____ Fecha: _____

County Use Only

Mileage