



Programa de Incentivos de Rembolso de Transporte (TRIPs)

Nombre: _____

Mes: _____ Año: _____

**Este formulario debe ser devuelto a MST antes del día 10 del mes siguiente. Formularios enviados por correo deben ser sellados antes del día 10.
Regrese el formulario a: 15 Lincoln Ave., Salinas, CA 93901, Fax: 831-296-8826 o por correo electrónico: mobility@mst.org**

Fecha del viaje	Origen Nombre de la ubicación, Ciudad y Código postal	Destino Nombre de la ubicación, Ciudad y Código postal	Tipo de viaje (use el código)	Millaje Total	Marque la casilla si fue viaje de ida y vuelta
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐

Por favor use los siguientes códigos para completar el tipo de viaje:

1 Cuidado de Adultos	3 Iglesia	5 Diálisis	7 Citas Médicas	9 Farmacia	11 Actividades Recreativas	13 Visitando a Familiares/Amigos
2 Banco	4 Centro Comunitario	6 Trabajo	8 Programas de Nutrición	10 Fisioterapia	12 Ir de Compras	14 Otros (por favor escriba)

Acuerdo-Por favor lea antes de firmar:

Certifico que la información proporcionada es verdadera y exacta y que todos los viajes se completaron como se informó. Estoy de acuerdo que mi conductor voluntario no es un empleado de Monterey-Salinas Transit District (MST). Entiendo y acepto que MST y el programa de reembolso (TRIPs) no asumen ninguna responsabilidad por mi elección personal de mi conductor voluntario, de ninguna responsabilidad de seguro, ni asumen ninguna responsabilidad por reclamaciones, pérdidas o responsabilidades que surjan de, o en cualquier forma, relacionados con mi participación en el programa. También, acepto cumplir con todas las pólizas del programa de reembolso, y que de no ser así, o si soy parte de cualquier actividad fraudulenta puede resultar en la negación de privilegios y de seguir participando en el programa. Estoy de acuerdo de pagar el reembolso, cuando se recibe, a mi conductor(es) voluntarios.

Firma del participante

Fecha