|  |  |
| --- | --- |
| **Texas Workforce Solutions logo** | **Texas Workforce Commission****Servicios de Rehabilitación Vocacional****Registro de transporte**   |
| **Nombre del cliente:**       |
| **Mes:**       | **Identificación del caso:**       |
| **Registro** |
| **Instrucciones:*** Ingrese la fecha del viaje en el siguiente formato: mm/dd/aa. Por ejemplo, 12/15/19.
* Ingrese el propósito del viaje.
* Ingrese la dirección de la ubicación a la cual viaja de ida y regreso.
* Seleccione el cuadro que indica si está usando un pase de autobús.
* Si no usa un pase de autobús, ingrese las millas recorridas.
 |
| **Fecha** | **Propósito** | **Direccion de ida y regreso** | **Pase de autobús o millas** |
|       |       |       | [ ]  Pase de autobús o millas       |
|       |       |       | [ ]  Pase de autobús o millas       |
|       |       |       | [ ]  Pase de autobús o millas       |
|       |       |       | [ ]  Pase de autobús o millas       |
|       |       |       | [ ]  Pase de autobús o millas       |
|       |       |       | [ ]  Pase de autobús o millas       |
|       |       |       | [ ]  Pase de autobús o millas       |
|       |       |       | [ ]  Pase de autobús o millas       |
| **Total de millas** |       |
| **Consentimiento y firma del cliente** |
| Yo,      entiendo que los fondos de transporte han sido aprobados para apoyar mi participación en evaluaciones y o servicios de rehabilitación vocacional. Estos fondos no pueden usarse para pagar ningún "gasto regular para vivir" (ver VRSM C-1402). Al firmar este formulario, verifico que el contenido de este registro es correcto y que utilicé estos fondos solo para los fines previstos. Devolveré los fondos no utilizados a TWC-VR.         |
| Firma del cliente: **X**   | Fecha:      |
| **Revisión y firma del consejero de VR** |
| Nombre del consejero de VR:       |
| Verifico que he revisado y [ ]  Aprobado o [ ]  Desaprobado el contenido de este registro. |
| Firma del consejero de VR:**X**   | Fecha:      |