

My Name /
Mi Nombre

My Claim Number /
Mi Numero de Reclamo

If you have to travel to get treatment for your work injury, you may be entitled to reimbursement of your travel costs. Mileage reimbursement varies by state but may include items such as, travel to the pharmacy, parking, bridge tolls, public transportation and other travel-related costs. Complete this form. Attach receipts. Send the original to ICW Group and keep a copy. Call your Claims Examiner for details. *For California residents only: 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.*

Si tiene que viajar para recibir tratamiento por una lesión laboral, usted puede tener derecho a recibir un reembolso de sus costos de viaje. El reembolso de kilometraje (millas) varía según las leyes estatales, pero puede incluir reembolso por viaje a la farmacia, estacionamiento, pago de peajes de puente, transporte público y otros costos relacionados con el viaje. Complete este formulario. Adjunte recibos. Envíe el original a ICW Group y guarde una copia. Llame a su Administrador de Reclamaciones para obtener más información o detalles. *Solo residentes de California: No envíe el original o una copia a la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (WCAB) local o al oficial de información y asistencia. Si sus gastos de viaje no se pagan en un plazo de 60 días, póngase en contacto con el oficial de información y asistencia.*

Date / Fecha	Traveled from (include address) Viaje desde (incluya dirección)	Traveled to (include name and address of doctor, hospital, therapist, etc.) Viaje desde (incluya nombre y dirección del médico, hospital, terapeuta, etc.)	Round trip mileage / Millaje viaje redondo	Parking / Estacionamiento	Tolls / Peaje	
Sample: 1/1/15	Sample: 1515 Maple, San Francisco	Sample: Dr. Sherman, 190 Oak San Francisco	Sample: 14 mi	Sample: \$2.50	Sample: \$0.00	
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. Cualquier persona que a sabiendas presente reclamos falsos or fraudulentos para el pago de una pérdida, sera culpable de un delito y se le podría multar y encarcelar en la penitenciaría estatal.			Total miles			
					Total parking	
					Total tolls	
		Signature / Firma				
		Printed name / Imprima su nombre				
		Date / Fecha				

Mailing Address / Dirección de envío:
PO Box 509039, San Diego, CA 92150-9039

Email / Correo Electrónico: wccforms@icwgroup.com
(include scanned receipts / incluir recibos escaneados)