

PENQUIS

سجل رحلة استرداد الأميال

البريد إلى:

شركة بينكيس للنقل

صندوق بريد 1162، بانجور، مين 04402

الهاتف: 974-2420 أو 1-855-437-5883

اسم العميل: _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط: _____

العنوان الفعلي: _____ المدينة: _____ الهاتف: _____

ذهبت إلى المواعيد المذكورة أدناه، ووقع موظفو العيادة الطبية أدناه، توقيع العميل: _____

الاسم الأول والاسم الأخير: _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط: _____

عنوان بريد السائق: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم هاتف السائق: _____ حدد المربع للتغيير المربع أو المكنة السائق جديدًا

أفدُ _____ بتسليم هذا النموذج بأنني أمتلك رخصة قيادة سارية المفعول في ولاية مين. المركبة المستخدمة في خدمة "أنا" المذكورة أدناه تحمل ملصق فحص ساري المفعول من ولاية مين. المركبة مسجلة ومؤمنة في ولاية مين.

توقيع السائق _____ رقم رخصة القيادة _____ تاريخ الانتهاء ____/____/____

أدرك أن شركة بينكيس ستعوض شخصًا واحدًا فقط عن كل سيارة. يُعدّ تقديم أكثر من نموذج واحد لكل سيارة احتيالاً وسيتم الإبلاغ عنه.

توقيع مقدم الخدمة الطبية إجمالي الأميال	مقدم الرعاية الطبية	رقم الرحلة	تاريخ الرحلة
	اسم:		
	عنوان:		
	اسم:		
	عنوان:		
	اسم:		
	عنوان:		
	اسم:		
	عنوان:		
	اسم:		
	عنوان:		
	اسم:		
	عنوان:		
	اسم:		
	عنوان:		

*يجب توقيع كل موعد خدمة من قبل مقدم الرعاية الطبية للموافقة على استرداد التكاليف. ملاحظة: سيتم تأكيد كل رحلة مع مكتب مقدم الرعاية الطبية.

قبل إتمام الدفعات. يُسترد مبلغ الأميال فقط عند وجود العميل في السيارة. يجب تسليم هذا النموذج في موعد أقصاه 30 يومًا بعد تاريخ

سيتم رفض الموعد الأول أو طلب استرداد التكاليف. يمكن إرسال سجلات رحلات استرداد التكاليف عبر البريد الإلكتروني إلى transportationfiscal@penquis.org

للاستخدام المكتبي لا تكتب أسفل هذا السطر

تاريخ الفاتورة: _____ المبلغ الإجمالي لهذه الفاتورة: _____ تاريخ الاستلام: _____ إجمالي المسافة المقطوعة المراد دفعها: _____



الرجاء القراءة

تغيير في نماذج السداد

اعتبارًا من 1 فبراير 2019، يجب عليك استخدام نماذج جديدة

شركة بينكيس للنقل والوساطة
ورقة تعليمات سجل الرحلة لاسترداد أميال العميل

يجب تعبئة جميع السجلات كاملةً وتقديمها خلال 30 يومًا من تاريخ أول موعد مُدرج في سجل رحلة استرداد التكاليف. يجب عليك الاتصال بنا قبل موعدك؛ وفي حال وجود موعد طارئ، يجب عليك الاتصال بنا عند عودتك إلى المنزل.

لن يتم قبول نسخ مصورة من توقعات مقدم الخدمة الطبية والعمل والسائق.

يرجى ملء جميع المعلومات التالية في كل سجل، إذا لم يتم ملء السجل بالكامل، فسنقوم بإرساله إليك مرة أخرى لتعبئته:

معلومات العميل - الاسم الكامل للعميل والعنوان الفعلي ورقم الهاتف وتوقيع العميل.

معلومات السائق - يرجى كتابة اسم السائق الكامل، وعنوان البريد (حيث سيتم إرسال الشيك) ورقم هاتفه. يجب كتابة اسم السائق في سطر "أنا، _____
أشهد". توقيع السائق، ورقم رخصة القيادة، وتاريخ انتهاء الصلاحية (الشهر/اليوم/السنة).

تاريخ الرحلة - يجب أن يتطابق هذا التاريخ مع تاريخ إصدار مُعرّف الرحلة، وإلا فسيتم إعادة السجل إليك لتصحيحه وإرجاعه للدفع. يمكنك إدخال ما يصل إلى 7 رحلات لكل سجل.

أرقام تعريف الرحلة - يتم إعطاؤك هذه الأرقام عندما تتصل بموعدك في مكتبنا.
إذا قمت بتحديد موعد مستمر معنا، يرجى كتابة كلمة "مستمر" هنا.

اسم وعنوان مقدم الخدمة الطبية - هذا هو اسم وعنوان مقدم الخدمة الطبية الذي تم رؤيتك فيه.

إجمالي الأميال - عند حجز موعدك، ستحصل على إجمالي الأميال التي ستدفعها لكل رحلة ذهابًا وإيابًا، أي أميال الذهاب إلى موعدك وأميال العودة إلى بلدك.

أدخل الأميال هنا؛ لم يعد مطلوبًا منك إدخال عدادات المسافات.

يرجى مراجعة جدول المواعيد النهائية لمعرفة مواعيد تسليم السجلات. يمكن تسليم السجلات في أي يوم من أيام الأسبوع.

ومع ذلك، يجب تسليم جميع السجلات في موعد لا يتجاوز الساعة 9:00 صباحًا في كل تاريخ نهائي.

تغيير مواعيد التسليم النهائية، لكن أوقات التسليم النهائية لا تتغير. إذا لم يكن لديك جدول زمني، يُرجى التواصل معنا وسنرسله إليك عبر البريد.

Helping Today • Building Tomorrow