



Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation

7551 Metro Center Drive, Suite 100 • Austin, Texas 78744-1609
 512-804-4000 • 512-804-4001 fax • www.tdi.state.tx.us

CLAIM #/Número de reclamo de DWC: _____
 CARRIER'S CLAIM #/ Número de reclamo de la
 compañía de seguros _____

Send to the INSURANCE CARRIER handling the claim / Envíe a la COMPAÑÍA DE SEGUROS manejando su reclamo

REQUEST FOR TRAVEL REIMBURSEMENT/ SOLICITUD DE REEMBOLSO

1. Employee's Name <i>Nombre del empleado</i>	5. Date of Injury <i>Fecha de la lesión</i>
2. Mailing Address (Street or P.O. Box) <i>Dirección (Calle o Apartado Postal)</i>	6. Employer's Name <i>Nombre del empleador</i>
City <i>Ciudad</i> State <i>Estado</i> Zip Code <i>Código Postal</i>	7. Insurance Carrier's Name and Address <i>Dirección de la compañía de seguros</i>
3. Employee's Social Security Number <i>Número de Seguro Social del empleado</i>	
4. Employee's Telephone Number <i>Número de teléfono del empleado</i>	

Date <i>Fecha</i>	Travel From (<i>Desde</i>) (provide street address) (proporcione dirección)	Travel To (<i>Destino</i>) (provide name and street address) (proporcione dirección)	Distance <i>Distancia</i> (Total Miles) (Millas Totales)	Reimbursement Requested / Reembolso (State rate/ Tarifa estatal)
MILEAGE TOTAL / TOTAL DEL MILLAJE:				

Date <i>Fecha</i>	Location <i>Lugar</i>	Meals Amount <i>Cantidad de las Comidas</i>	Lodging Amount <i>Cantidad del Hospedaje</i>	Total <i>Total</i>
MEALS/LODGING TOTAL / TOTAL DE COMIDAS/ HOSPEDAJE:				
TOTAL EXPENSES (mileage, meals and lodging) / TOTAL DE LOS GASTOS DE VIAJE (millas, comidas y hospedaje):				

EMPLOYEE CERTIFICATION / CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADO

I certify that the above information is true and correct and represents travel related to the treatment of my on-the-job injury.
 Yo certifico que esta información es correcta y verdadera y representa los viajes relacionados con el tratamiento médico de la lesión relacionada con mi trabajo.

Signature:
 Firma:

Date:
 Fecha:

CARRIER PAYMENT NOTIFICATION / NOTIFICACIÓN DE PAGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Request for Reimbursement: <i>Reembolso</i>	Remarks (explain reason for any reduction or denials; show calculations):
<input type="checkbox"/> Request Approved (<i>Aprobado</i>)	The injured employee may request a benefit review conference to dispute any reduction or denials. <i>El empleado lesionado puede pedir una Conferencia para Revisión de Beneficios para disputar la decisión.</i>
<input type="checkbox"/> Request Denied (<i>Negado</i>)	

Adjuster Name: _____ License Number: _____ Date: _____



INFORMATION FOR REQUEST FOR TRAVEL REIMBURSEMENT (DWC)

TO THE INJURED EMPLOYEE: Workers' Compensation Rule 134.110 provides that an employee may request reimbursement for travel expenses in order to obtain reasonable and necessary medical care if the treatment is not reasonably available within 30 miles of the injured employee's residence. The distance traveled to secure medical treatment must be greater than 30 miles one way and the injured employee must submit the request to the insurance carrier on this form **within one year** of the date the injured employee incurred the expenses.

The insurance carrier shall make appropriate payment to the injured employee or notify the injured employee the reason for reduction or denial of the payment within 45 days of receipt of the request for reimbursement.

Please visit the Comptroller of Public Accounts website <http://www.window.state.tx.us/> under "Mileage Guide" to calculate your mileage travel reimbursement, or contact the Division of Workers' Compensation at 1-800-252-7031 for the current rate for mileage travel reimbursement.

1. - 4. Injured Employee Information - Provide the full name, complete mailing address, social security number and telephone number of the employee who was injured

5. Date of Injury - Indicate the date the employee was injured on the job

6. Employer's Name - The name of the Claim Employer. A Claim Employer is the employer that the injured worker was working for at the time of the on-the-job injury.

7. Insurance carrier's name and address - Indicate the name of the insurance company that provided workers' compensation insurance coverage to the claim employer at the time of the on-the-job injury.

List all dates traveled, home address, doctor's name and address, total miles traveled, and amount of reimbursement requested. Attach any receipts for food and lodging if applicable.

Sign and date the form and mail to the insurance carrier.

NOTE: KEEP A COPY OF THIS FORM FOR YOUR RECORDS.

INFORMACIÓN PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE REEMBOLSO (DWC)

PARA EL EMPLEADO LESIONADO: El Reglamento de la División de Compensación para Trabajadores 134.110 proporciona que un empleado solicite reembolso por gastos de viajes para poder obtener cuidado médico apropiado y necesario el cual no puede ser obtenido dentro de 30 millas de la residencia del empleado lesionado. La distancia recorrida por el empleado para asegurar el tratamiento médico debe ser de más de 30 millas de ida o de regreso y el empleado lesionado debe someter la solicitud a la compañía de seguros con este formulario dentro de un año a partir del día en que hizo los gastos del viaje.

La compañía de seguros hará el pago apropiado al empleado lesionado o debe notificar al empleado lesionado cual fue la razón de la reducción o negativa del pago dentro de 45 días de haber recibido la solicitud de reembolso.

La compañía de seguros debe hacer los pagos apropiados al empleado lesionado o debe notificar al empleado lesionado acerca de la reducción en la cantidad de dinero o la razón por el que lo negaron.

Por favor visite la página de Internet del Auditor de Cuentas Públicas (Comptroller of Public Accounts, por su nombre en inglés) <http://www.window.state.tx.us/> bajo "Mileage Guide" para calcular su reembolso por gastos de viajes, o comuníquese con la División de Compensación para Trabajadores al teléfono 1-800-252-7031 para obtener las tarifas actuales de reembolso de millas por gastos de viajes.

1. - 4. Información sobre el empleado lesionado – proporcione el nombre completo, dirección completa, número de seguro social y número de teléfono del empleado que se lesionó.

5. Fecha de la lesión – Indique la fecha en que el empleado se lesionó en el trabajo.

6. Nombre del empleador – El nombre del empleador relacionado con el reclamo. El empleador relacionado con el reclamo es el empleador para quien el trabajador lesionado trabajaba cuando ocurrió la lesión.

7. Nombre y dirección de la compañía de seguros – Indique el nombre de la compañía de seguros que proporcionó cobertura de seguros de compensación para trabajadores al empleador relacionado con el reclamo en el momento que sucedió la lesión relacionada con el trabajo.

Enumere todas las fechas en que usted viajó, la dirección de su casa, el nombre y la dirección del médico. La distancia que usted viajó y la cantidad del reembolso solicitada.

Firme y escriba la fecha en el formulario y envíelo a la compañía de seguros.

NOTA: MANTENGA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO EN SU ARCHIVO.

