

**Ability360 Servicios Cuidados
Empleado de Seguimiento de Viajes**

Nombre de Empleado			Preste intervalo de fechas Período		Total Kilometraje	Uso solamente de oficina						
Supervisor Asignado a						Week # _____						
Fecha	De		A			Man MC	Pima MC	Man BW	Pinal BW	Man UHC	Pima UHC	DDD
	Nombre del Consumidor	Dirección Departed Desde	Nombre del Consumidor	Dirección Llegó a								

Por la presente certifico que todos los gastos incluidos en el reporte anteriormente eran necesarios en el desempeño de la misión oficial de Ability360. La distancia incluida que cargo a sido realmente viajada en las fechas indicadas . Ninguna parte de la cuenta ha sido pagada por Ability360 y ningún reclamo contra Ability360 se ha cargado, la catidad total es debida y no pagada. Yo declaro bajo penalidad de perjurio que esta declaracion ha sido examinada por mi mejor conocimiento y mi declaracion es válida y verdadera.

Yo / Nosotros certificamos bajo penalidad de perjurio que hemos examinado esta declaracion y que este gasto es para un propósito público y válido. Los fondos han sido apropiados y disponibles para el pago de este declaracion. Los fondos disponibles son de un subvencion federal y contrato de fuente . Esta declaracion es valida bajo los terminos de la subvención , contrato de fuente y el pago de la cantidad declarada

Fecha

Fecha