

**Ability360 Home Care Services**  
**Seguimiento de Los Viajes de Los Empleados**

Nombre del Empleado		Rango de Fechas del Periodo de Pago				Total Kilometraje	Office use only						
Supervisor Asignado							Week # _____						
Fecha	Desde		Para		Total Kilometraje		Mari MC	Pima MC	Mari BW	Pinal BW	Mari UHC	Pima UHC	DDD
	Nombre del Consumidor	Dirección de Partida	Nombre del Consumidor	Dirección de Llegada									

Por la presente certifico que todos los gastos incluidos en el importe anterior fueron necesarios para el desempeño de las actividades oficiales de Ability360; que la distancia por la que se cobra ha sido realmente recorrida en las fechas especificadas; que ninguna parte de la cuenta ha sido pagada por Ability360 y que no se ha presentado ninguna reclamación contra Ability360 por ninguna parte de la misma, sino que el importe total es debido y no ha sido pagado, y declaro bajo pena de perjurio que esta cuenta ha sido examinada por mí y que, a mi leal saber y entender, es una reclamación válida, verdadera y correcta.

Por la presente certifico/certificamos bajo pena de perjurio que he/hemos examinado esta reclamación; que este gasto es para un propósito público válido y que los fondos han sido apropiados o son de otro modo disponibles para el pago de esta reclamación, y que si los fondos disponibles provienen de una subvención, contrato o fuente federal, esta reclamación es permisible bajo los términos de dicha subvención, contrato o fuente; y por la presente se aprueba el pago de la cantidad reclamada.

Firma del Empleado

Fecha

Fecha