

## 예약 확인 양식

이 양식을 큰 글씨나 다른 언어로 요청할 수 있습니다. 무료 전화 855-321-4899 또는 TTY 711로 고객 서비스에 문의하십시오.

### 알림:

- ▶ 가능하면, 예약 날짜로부터 영업일 기준 최소 이틀 전에 이동을 예약하십시오.
- ▶ 예약 이용 후 45일 이내에는 이 양식을 접수하셔야 합니다.
- ▶ 필요한 영수증은 모두 함께 보내주셔야 합니다.
- ▶ 이 양식과 필요한 영수증이 모두 접수되면, 영업일 기준 14일 이내에 환급금을 보내드립니다.

참고: 귀하에게는 당일 또는 익일 라이드를 요청할 수 있는 권리가 있습니다. 단, 급작스럽게 요청하시거나 라이드 수요가 높은 경우 의학적으로 긴급한 요청이 우선 처리됩니다.

### 아래 회원 정보를 작성해주십시오.

회원 이름: \_\_\_\_\_

Health Share 회원 ID 번호: \_\_\_\_\_

### 귀하의 이동에 적용되는 환급 박스에 체크하십시오.

- 마일리지 환급: 마일당 25센트.
- 숙박비 환급: 일부 예외를 제외하고 1박당 최대 \$80. 이동 소요 시간이 총 8시간 이상이거나, 오전 5시 이전에 시작하거나, 오후 9시 이후에 종료되거나, 서비스 지역을 벗어난 경우 숙박비 환급이 가능합니다. **영수증이 필요합니다.**
- 식대 환급: 식사당 \$11, 하루 최대 \$33. 이동이 오전 6시 이전에 시작하거나 오전 11시 30분에서 오후 1시 30분 사이에 발생하거나 오후 6시 30분 이후에 끝나는 경우 식대 환급이 가능합니다. **영수증이 필요하지 않습니다.**

**회원:** 작성된 양식과 필요한 영수증을 다음 주소로 발송하십시오.

P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

**의료서비스 제공자:** 팩스 표지에 진료소 연락처를 기재하고 본 양식을 팩스 번호, 503-296-2681로 보내십시오.

이 양식의 사본이 더 필요하십니까? [ridetocare.com/members](http://ridetocare.com/members) 에서 받으실 수 있습니다.

감사합니다!

### 요청 번호 1

예약일 및 시작 시간: \_\_\_\_\_

제공자 이름: \_\_\_\_\_

제공자 주소: \_\_\_\_\_

제공자 직원 서명: \_\_\_\_\_

예약 종료 시간: \_\_\_\_\_

### 요청 번호 2

예약일 및 시작 시간: \_\_\_\_\_

제공자 이름: \_\_\_\_\_

제공자 주소: \_\_\_\_\_

제공자 직원 서명: \_\_\_\_\_

예약 종료 시간: \_\_\_\_\_

### 요청 번호 3

예약일 및 시작 시간: \_\_\_\_\_

제공자 이름: \_\_\_\_\_

제공자 주소: \_\_\_\_\_

제공자 직원 서명: \_\_\_\_\_

예약 종료 시간: \_\_\_\_\_