Departamento De Libertad Condicional del Condado De Alameda

P.O. Box 2059
1111 Jackson Street
Oakland, CA 94604-2067

Formulario de solicitud de tarifa telefónica

Marcus, Dawal
Director Interino de Libertad Condicional

Instrucciones

1. Llene el formulario de solicitud para proporcionar detalles de las tarifas que ha pagado.
2. Adjunte o incluya comprobantes o justificación de pagos por concepto de tarifas telefónicas.
3. Envíe/introduzca los puntos del 1 al 3 a: Departamento de Libertad Condicional del Condado de Alameda, a la atención de: reembolso de tarifas telefónicas, P.O. Box 2059, 1111 Jackson Street, Suite 805, Oakland, CA 94604-2067

Parte 1 • Información sobre el cliente/solicitante

A. Información del cliente (juvenil):	B. Información del solicitante:
Nombre: _____ Apellido: _____	Nombre: _____ Apellido: _____
Número de identificación: _____ Teléfono: _____	Relación con el cliente: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____
Dirección: _____ Apto/suite: _____	Dirección: _____ Apto/suite: _____
Ciudad: _____ Estado: _____	Ciudad: _____ Estado:
Código postal: _____	Código postal: _____

Parte 2: información de la solicitud

N.º del artículo	Fecha de compra	Descripción	Total pagado	% del reembolso	Solicitud
1				X 70.5 %	
2				X 70.5 %	
3				X 70.5 %	
4				X 70.5 %	
5				X 70.5 %	
6				X 70.5 %	
7				X 70.5 %	
8				X 70.5 %	
9				X 70.5 %	
10				X 70.5 %	
			Monto total solicitado:		

Parte 3 • Firma del cliente/solicitante

Certifico que la información facilitada en este formulario de solicitud es verdadera y que no he recibido pagos ni créditos.

Firma del cliente _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

ESTA SECCIÓN ES SOLO PARA EL PERSONAL DE LIBERTAD CONDICIONAL

A. Aprobación de programa	B. Aprobación de finanzas
Nombre de la persona que revisa (nombre y apellido):	Nombre de la persona que revisa (nombre y apellido):
☐ Aprobado ☐ Denegado	☐ Aprobado ☐ Denegado
Comentarios: _____	Comentarios: _____
Firma de la persona que revisa: _____ Fecha: _____	Firma de la persona que revisa: _____ Fecha: _____

C. Información de la cuenta

Proveedor	Cuenta	Fondo	Organización	Programa	Subclase	AUTOR	Proyecto	Monto