

Justification for DTS Request for Supplemental MetroCard Reimbursements

All fields MUST be completed! Incomplete forms will not be accepted!

B2W Participant's Information:		
Last Name:	First Name:	Case #:
Ind. Status: (AC, AP, Sanctioned)	EBT Start Date per DTS:	Client Phone #:
B2W Timekeeper's Information:		
Vendor Name:	Site Name & Address:	Site Code:
Timekeeper's Name:	E-mail:	Phone:
Supplemental MetroCard Reimbursement Details:		
Number of MetroCards Requested: Daily: _____ Weekly: _____	Total Amount Requested: (\$5.50 X Daily + \$31.00 X Weekly) _____	
Weekly cycle, during which the client needs this MetroCard Supplement:		
Issuance Reason: <input type="checkbox"/> MetroCard was not picked up on Friday, preceding weekly cycle stated above. <input type="checkbox"/> Client was removed from WEP assignment and did not receive a paper check. <input type="checkbox"/> Client claims an EBT problem that requires additional time for verification. <input type="checkbox"/> Other (must provide justification below).		
If you checked "Other" above, you must provide a brief but detailed justification or explanation. If necessary, indicate the date(s), for which this supplemental MetroCard reimbursement is requested:		
Participant's Signature:		Date:
B2W Timekeeper's Signature:		Date:

Justificación de Petición de DTS para Reembolsos Suplementarios de MetroCard

¡Todas las casillas DEBEN llenarse! ¡No se aceptarán formularios incompletos!

Información del Participante de B2W:		
Apellido:	Nombre:	Núm. del Caso:
Indique el Estado.: (AC, AP, Sanción)	Fecha de Comienzo de EBT según DTS:	Núm. de Teléfono del Cliente:
Información de la Persona Quien Registra el Horario de B2W:		
Nombre del Contratista:	Nombre y Dirección del Local:	Código del Local:
Nombre de la Persona quien Registra el Horario:	Correo Electrónico:	Teléfono:
Datos de Reembolso Suplementario de Tarjeta MetroCard:		
Número de las tarjetas MetroCard Solicitadas:	Cantidad Total Solicitada:	
Diarias: _____ Semanales: _____	(\$5.50 X Al Día + \$31.00 X A La Semana)	
Ciclo Semanal, por el cual el cliente necesita este Suplemento de MetroCard: _____		
Motivo por la Expedición: <input type="checkbox"/> La MetroCard no se recogió el viernes, previamente al ciclo semanal indicado más arriba. <input type="checkbox"/> Al cliente se le ha retirado de la asignación de WEP y no ha recibido un cheque en papel. <input type="checkbox"/> El cliente reclama un problema de EBT que requiere tiempo adicional para verificarse. <input type="checkbox"/> Otro motivo (Se debe proporcionar justificación más abajo.)		
Si usted marcó "Otro motivo" más arriba, debe proporcionar justificación breve pero en detalle, o si no una explicación. En caso necesario, indique la(s) fecha(s) por las cuales se solicita este reembolso suplementario de tarjeta MetroCard: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		
Firma del Participante:		Fecha:
Firma de la Persona quien Registra el Horario de B2W:		Fecha:

Participant Discretionary Excuse Form

Name (last, first)	Case # :
	SSN (last 4 digits):

Date(s) of Absence: _____ **Description of Absence (*Attach documents when required*):**

Justification for Use of Discretionary Excuse: _____

Number of Hours Excused: _____ **Before or After Weekends or Holidays:** YES NO

SAMPLE

Participant's Signature: _____

Date: _____

Supervisor's Signature: _____

Date: _____

Formulario de Excusa Discrecional del Participante

Nombre (apellido, nombre) _____	Núm de caso:
	Núm de Seguro Social (últimas 4 cifras):

Fecha(s) de Ausencia: _____ **Describa la ausencia (Adjunte documentos si necesario):**

Justificación por Uso de Excusa Discrecional: _____

Número de Horas Excusadas: _____ **Antes o Después de los Fines de Semana o Días Feriados:**
Sí NO

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del/la Supervisor(a): _____ Fecha: _____

