



YOUR LIFE  
YOUR CARE  
YOUR PEOPLE

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMPRA DEL PEDIDO

¿Solicitud de compra o solicitud de reembolso? (seleccione una casilla a continuación)

Solicitud de compra     Solicitud de reembolso por compras ya realizadas

## Detalles del participante

Nombre:       Apellido:       ID de PPL:

La exención de Medicaid para el participante es (seleccione una):

Vías comunitaria     Ayuda comunitaria     Ayuda familiar

## Dirección de envío o recogida (si corresponde)

La dirección que aparece a continuación corresponde a (seleccione una):

Envío a la siguiente dirección     Recogida en la tienda en la siguiente dirección

Dirección:       Dirección 2 (depto., suite, etc.):

Ciudad:       Estado:       Código postal:

## Compra de productos

Nombre del proveedor       Número de teléfono del proveedor:

Sitio web del proveedor:

## Compra de productos

Código de servicio	Descripción del artículo	Fecha de servicio	Cantidad	Costo
			<b>Impuesto</b>	
			<b>Envío y manipulación</b>	
			<b>TOTAL</b>	

Junto con este formulario, proporcione lo siguiente:

- Un recibo detallado de las compras. El recibo debe mostrar:
  - Fecha de compra, artículo comprado, costo total y forma de pago.
- O bien, puede proporcionar un extracto de tarjeta de crédito o cuenta bancaria que muestre la compra. Asegúrese de eliminar o tapar cualquier información que no esté relacionada con la compra.

### Solicitud de servicios

**Nombre del proveedor:**

**Número de teléfono del proveedor:**

**Correo electrónico del proveedor:**

**Dirección:**

**Dirección 2 (depto., suite, etc.):**

**Ciudad:**

**Estado:**

**Código postal:**

Descripción del servicio	Cantidad	Fecha

### Aceptar y firmar

Confirmando que:

- Los elementos enumerados anteriormente deben ser aprobados en un Plan Centrado en la Persona. El participante debe tener fondos suficientes para que se pueda realizar el pago.
- Los detalles que he proporcionado anteriormente son correctos según mi leal saber y entender. Si alguno de estos datos es incorrecto o está incompleto, este formulario no se procesará. Se devolverá para su corrección.
- He incluido una copia de un listado de cualquier artículos en el sitio web que muestre el precio de los productos mencionados anteriormente.
- Si el precio de un artículo cambia antes de que PPL haya procesado la solicitud, PPL podrá comprar el artículo al nuevo precio. Este importe debe estar dentro del monto autorizado en el plan de gastos del participante.
- Al introducir mi nombre a continuación, confirmo que:
  - Esta es una solicitud de compra autorizada.
  - Todo lo que he declarado en este formulario es preciso y completo.

**Firma del empleador, participante o representante:**

**Fecha:**