

**Неэкстренные перевозки компании Access2Care для медицинских и немедицинских целей
Разрешение родителя (опекуна) на перевозки несовершеннолетнего лица**

Имя и фамилия несовершеннолетнего лица: _____ Medi-Cal № _____
 Дата рождения: _____ Тип программы: Medi-Cal

Я, _____, заверяю и подтверждаю, что являюсь родителем или официальным опекуном вышеназванного несовершеннолетнего лица. Я обратился в компанию Access2Care, сотрудничающую с планом Aetna Better Health of California, с просьбой отвезти моего ребенка на медицинское обслуживание, покрываемое программой Medi-Cal, без сопровождения взрослых. Таким образом, настоящим я даю свое согласие и разрешение вышеназванному ребенку на поездки с поставщиком услуг компании Access2Care без сопровождения взрослых.

Я понимаю, что давая свое согласие в настоящей форме, я заверяю и подтверждаю, что вышеназванное несовершеннолетнее лицо обязуется соблюдать все правила, установленные компанией Access2Care. В случае если вышеназванное несовершеннолетнее лицо не будет соблюдать указанные правила, компания Access2Care может потребовать, чтобы взрослый сопровождал несовершеннолетнее лицо на следующих поездках или посещениях.

Контактные данные и контактное лицо для экстренной связи:

	Имя, отчество, фамилия	Адрес	Телефон
Родитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/>			
Родитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/>			
Контактное лицо для экстренной связи			

Расписание:

Место посадки (адрес)	Дата и время отбытия	Место назначения (адрес)	Дата и время приема

Я признаю и согласен с нижеследующим:

- i. Ребенок будет готов к посадке в указанном месте посадки в назначенное время, указанное выше.
- ii. Я обязуюсь немедленно уведомлять компанию Access2Care в случае любых изменений или отмены.
- iii. Настоящий договор остается в силе до тех пор, пока: 1) Я не отменю или не заменю его. 2) Запрос на одну поездку или поездку туда-обратно не будет выполнен. 3) Периодические услуги перевозки не будут выполнены, ребенок более не будет нуждаться в услугах перевозки.

Я заявляю, что предоставленные в настоящей форме сведения являются точными и верными.

Подпись _____ Кем приходится несовершеннолетнему лицу _____ Дата _____

Перед тем как вышеназванное несовершеннолетнее лицо сможет ездить без взрослого на покрываемое медицинское обслуживание и обратно:

- 1) Настоящая форма должна быть подана в Транспортную службу плана Aetna Better Health of California, компанию Access2Care

Заполните и отправьте форму по электронной почте: PCSWest@amr.net или по факсу: 866-700-4977

Кроме того, вы можете отправить форму по адресу:

ATTN: Care Coordination
 6363 S. Fiddler's Green Circle Ste. 1400
 Greenwood Village, CO 80111