

النقل الطبي لغير حالات الطوارئ والنقل لغير الحالات الطبية من Access2Care تصريح الوالد/الوصي - نقل القاصر

اسم القاصر:	رقم Medi-Cal:
تاريخ الولادة:	نوع البرنامج: Medi-Cal <input type="checkbox"/>

أزعم وأؤكد أنا، _____، أنني والد أو وصي أمر الطفل القاصر المذكور أعلاه. وقد طلبت من Access2Care بالتعاون مع Aetna Better Health of California تحضير وسائل نقل لتقل طفلي إلى ومن خدمات الرعاية الصحية المغطاة من قبل Medi-Cal دون أن يرافقه أي شخص بالغ. ولذلك، وبموجب هذا، أوافق صراحة وأمنح الإذن للطفل المذكور أعلاه للركوب مع مقدم خدمات Access2Care دون أن يرافقه أي شخص بالغ. وأعي أنه بمنح الموافقة هنا، فإنني أزعم وأؤكد على أن القاصر المذكور أعلاه سيمثل لأي وكل القواعد المنصوص عليها من قبل Access2Care. وفي حالة عدم امتثال القاصر المذكور أعلاه لهذه القواعد، فيجوز لـ Access2Care المطالبة بمرافقة شخص بالغ للقاصر في الزيارات أو مرات الركوب المستقبلية.

معلومات الاتصال والطوارئ:

رقم الهاتف	العنوان	الاسم الأول، والأوسط، والأخير	
			<input type="checkbox"/> الوالد <input type="checkbox"/> الوصي
			<input type="checkbox"/> الوالد <input type="checkbox"/> الوصي
			جهة الاتصال في حالة الطوارئ

ترتيب الموعد:

عنوان استقلال وسيلة النقل	تاريخ وقت المغادرة	عنوان الوجهة	تاريخ وقت الموعد

أقر وأوافق على ما يلي:

- سيكون الطفل جاهزاً لاستقلال وسيلة النقل في موقع الاستقلال المحدد في الوقت (الأوقات) المجدول المذكور أعلاه.
- أبلغ Access2Care على الفور بأي تغييرات أو عمليات إلغاء.
- ستظل هذه الاتفاقية سارية حتى: (1) أغيرها أو أستبدلها؛ (2) انتهاء طلب توفير وسيلة نقل واحدة أو وسيلة نقل ذهاب وإياب؛ (3) انتهاء أي حاجة لوسائل نقل مستمرة ودورية، ولم يعد الطفل بحاجة لوسيلة نقل. أعلن أن المعلومات التي ذكرتها في هذا النموذج صحيحة وحقيقية.

التوقيع _____ العلاقة بالقاصر _____ التاريخ _____

1) قبل أن يتمكن القاصر المذكور أعلاه من الركوب بدون وجود شخص بالغ إلى ومن خدمات الرعاية الصحية المغطاة: يتعين تسجيل هذا النموذج لدى خدمة وسائل النقل التابعة لخطة Aetna Better Health of California والمعروفة باسم Access2Care

تعبئة هذا النموذج وإرساله بالبريد الإلكتروني إلى: PCSWest@amr.net أو إرسال هذا النموذج بالفاكس إلى: 866-700-4977

علاوة على ذلك، يمكنك إرسال هذا النموذج بالبريد إلى:

عناية: Care Coordination

1400 S. Fiddler's Green Circle, Ste. 6363

Greenwood Village, CO 80111