Access2Care

Access2Care 非緊急醫療接送和非醫療接送
家長/監護人授權 - 未成年人接送

未成年人姓名：_____ Medi-Cal 號碼：_____

出生日期：_____ 計劃類型： ☐Medi-Cal

我，_____，聲明並確認我是上述未成年人的家長或合法監護人。我已請求與 Aetna Better Health of California 合作的 Access2Care 為我的孩子在無成人陪同的情況下安排接送，以接受 Medi-Cal 承保的醫療服務。因此，我明確同意並允許上述孩子在無成人陪同的情況下使用 Access2Care 提供者安排的接送服務。

我理解，給予同意即表示我聲明並確認，上述未成年人應遵守 Access2Care 制定的一切規則。如果上述未成年人不遵守該等規則，則 Access2Care 可要求其在未來的接送或就診中有成人陪同。

緊急和聯絡人資訊：

	名字、中間名、姓氏	地址	電話號碼
家長 ☐ 監護人 ☐			
家長 ☐ 監護人 ☐			
緊急聯絡人			

安排表：

接送地址	出發日期和時間	目的地地址	約診日期和時間

我確認並同意以下內容：

i. 孩子將在上述預定的時間於指定接送地點做好上車準備。
ii. 如有任何變更或取消，我應立即通知 Access2Care。
iii. 本協議將持續有效，直至：(1) 我修改或更換本協議；(2) 單程或往返接送的請求已結束；(3) 任何現有、定期接送已結束並且該孩子不再需要接送。

我特此聲明，我在此表中提供的資訊真實無誤。

_____

簽名 與未成年人的關係 日期

在上述未成年人可在無成人陪同的情況下往返接受承保醫療服務之前：
1) 此表必須提交給 Aetna Better Health of California 的接送服務提供商 Access2Care

填寫此表並透過電子郵件傳送至：PCSWest@amr.net *或*將此表傳真至：**866-700-4977**

此外，您可將此表寄至：

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