



Health First Colorado - transporte médico que no es emergencia (NEMT) consentimiento y liberación de responsabilidad para menores

De acuerdo con las regulaciones de NEMT, los menores de entre 13 y 17 años de edad requieren un acompañante para viajar sin un padre o tutor, a menos que un padre o tutor firme una liberación por escrito. 10 C.C.R. 2505-10; § 8.014.5.D.1. Los niños de 12 años o menos no se les permite viajar sin un acompañante. Envíe este formulario completado por correo, correo electrónico o fax a su proveedor de NEMT.

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

De ID de Medicaid: _____

Fecha del transporte: _____ Destino del transporte: _____

Nombre del proveedor de transporte: _____

Yo _____ (nombre), por la presente afirmo y certifico que soy el padre/madre o tutor legal del menor mencionado. Este menor es elegible para recibir servicios de transporte médico que no es emergencia (NEMT) de un proveedor de NEMT de Health First Colorado.

Por la presente yo autorizo al proveedor de transporte mencionado en este formulario a transportar a este menor hacia y desde una cita médica cubierta por Health First Colorado sin la compañía de un adulto en la fecha indicada arriba, en cumplimiento con 10 C.C.R. 2505-10, § 8.014. Como se requiere en 10 C.C.R. 2505-10, § 8.014.5.D.1.A.i.1.c, un adulto estará presente para recibir al menor en el destino y al regresar a la residencia del menor.

Al autorizar al proveedor mencionado en este formulario a transportar al menor, por la presente libero e indemnizo al proveedor, sus empleados, directivos, agentes, empresa matriz y afiliadas, y a los proveedores de transporte contratados y sus empleados, directivos, agentes, empresas matrices y afiliadas de toda responsabilidad, causas legales o reclamaciones de cualquier naturaleza que surjan de o en relación con el transporte proporcionado.

Nombre impreso del tutor: _____

Relación con el menor: _____

Firma del tutor: _____ Fecha: _____

De teléfono de contacto: _____

Si tiene preguntas, Por favor comuníquese con su proveedor de NEMT.

Solo para uso del proveedor de NEMT

Fecha de recepción: _____ Fecha de ingreso: _____

Los proveedores de NEMT deben conservar una copia de este formulario en sus registros y someterlo con el reclamo correspondiente para el pago.