

**Access2Care Hindi Pang-Emergency na Medikal and Hindi-Medikal na Transportasyon
Pahintulot ng Magulang/Tagapag-alaga – Paghahatid sa Menor de edad**

Pangalan ng Menor de edad: _____	Numero ng Medi-Cal: _____
Petsa ng kapanganakan: _____	Uri ng programa: <input type="checkbox"/> Medi-Cal

Ako, si _____, ay kumakatawan at nagpapatibay na ako ang magulang o legal na tagapag-alaga ng menor de edad na nakapangalan sa itaas. Hiniling ko sa Access2Care, sa pakikipagsosyo sa Aetna Better Health of California, na mag mag-ayos ng mga sakayan para sunduin ang aking anak papunta at galing sa mga serbisyo ng health care na sakop ng Medi-Cal nang hindi sinasamahan ng isang nakakatanda. Dahit dito, pinapahayag ko ang pagpayag at binibigay ko ang pahintulot para sa nakapangalang bata sa itaas na sumakay kasama ang isang tauhan ng Access2Care nang walang kasamang nakakatanda.

Naiintindihan ko na sa pagbibigay ng pahintulot sa mga nilalaman nito, kinakatawan at pinapagtibay ko na ang menor de edad na itinukoy sa itaas ay dapat na sumunod sa kahit na ano at lahat na mga patakaran na itinakda ng Access2Care. Sa kaganapan na ang menor de edad na itinukoy sa itaas ay hindi sumunod sa mga nasabing mga patakaran, ang Access2Care ay maaring mangailangan na ang isang nakakatanda ay samahan ang menor de edad sa mga darating na mga sakayan o bisita.

Emergency at Tatawagan na mga Impormasyon:

	Una, gitna, huling pangalan/ apleyido	Tirahan	Numero ng telepono
Magulang <input type="checkbox"/> Tagapag-alaga <input type="checkbox"/>			
Magulang <input type="checkbox"/> Tagapag-alaga <input type="checkbox"/>			
Pang-emergency na Tatawagan			

Pag-iiskedyul:

Direksiyon ng Pagsusunduan	Petsa at Oras ng Pag-alis	Direksiyon ng Paghahatiran	Petsa at Oras ng Appointment

Tinatanggap ko at sumasang-ayon ako sa mga sumusunod:

- i. Ang bata ay handang sunduin sa tiyak na lugar ng pagkuha sa naka-iskedyul na (mga) oras sa napagkasunduan sa itaas.
- ii. Ipapaalam ko kaagad sa Access2Care ang alin mang mga pagbabago o pagkansela.
- iii. Ang kasunduang ito ay mananatiling may bisa hanggang: (1) Babaguhin o papalitan ko ito; (2) ang kahilingan para sa isang sakayan o balikan na sakay ay napagpasyahan; (3) kahit anong patuloy, panapanahon na transportasyon ay napagpasyahan at ang bata ay hindi na nangangailangan ng transportasyon.

Idinedeklara ko na ang impormasyon na itinakda ko sa form na ito ay totoo at tama.

Lagda

Relasyon sa Menor de Edad

Petsa

Bago pa makasakay ang menor de edad na nakalista sa itaas na walang kasamang nakakatanda papunta at galing sa mga sakop na mga serbisyo ng health-care:

1) Ang form na ito ay dapat naka-file sa Transportation Service ng Aetna Better Health of California, Access2Care

Sulatan at i-email ang form na ito sa: PCSWest@amr.net o i-fax ang form na ito sa: 866-700-4977

Bukod pa dito, maari mo ring ipadala ang form na ito sa:

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