

CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Envíe el formulario por fax al: 866-779-5242 o por correo electrónico a: FLStandingOrder@modivcare.com

1. Yo, _____
(nombre del tutor legal), con domicilio en _____

(calle, apt. #, ciudad, estado, código postal), afirmo que soy el tutor legal de
(nombre del menor) _____.
2. _____ (nombre del menor)
tiene _____ (edad del menor) años. Su fecha de nacimiento es _____ (MM/DD/AA).
3. Autorizo a _____ (nombre del menor) a viajar con cualquier proveedor de transporte bajo contrato con Modivcare para recibir transporte para servicios médicos que no sean de emergencia.
4. Al otorgar este consentimiento y liberación de responsabilidad, declaro que _____ (nombre del menor):
 1. es plenamente capaz de viajar sin un acompañante adulto,
 2. no causará interrupciones al conductor ni a los pasajeros,
 3. seguirá todas las reglas comunicadas por el conductor;
 4. y no necesita un acompañante que le brinde apoyo emocional ni ningún otro tipo de apoyo.
5. Entiendo que, si cualquiera de los factores indicados anteriormente en el párrafo 4 deja de cumplirse, Modivcare ya no transportará al menor sin un acompañante.
6. Acepto informar a Modivcare dentro de un plazo de 48 horas si, por cualquier motivo, dejo de ser el tutor legal de _____ (nombre del menor), y proporcionar a Modivcare el nombre y la dirección del nuevo tutor legal.

Como parte del acuerdo de Modivcare para transportar al menor sin un acompañante, por medio del presente libero a Modivcare, así como a sus empleados, funcionarios, agentes y subcontratistas, de toda responsabilidad, causa de acción o reclamación relacionada con el transporte del menor por parte de Modivcare y sus subcontratistas.

FIRMA DEL TUTOR_____
FECHA_____
NOMBRE DEL TUTOR EN LETRA DE
MOLDE_____
NOMBRE DEL MENOR AL QUE SE APLICA ESTE
CONSENTIMIENTO

PARA USO INTERNO

FECHA DE RECEPCIÓN POR
MODIVCARE_____
MIEMBRO DEL PERSONAL DE
MODIVCARE