



Consentimiento y Exoneración de responsabilidad

(Los menores de edad mayores de 13 años pueden viajar sin un acompañante) Fax a: 1-866-402-0522

- 1. Yo, _____ con residencia en _____ (dirección) por el presente, afirmo que yo soy el tutor legal de (nombre del menor de edad) _____.
2. _____ (nombre del menor de edad) tiene _____ años de edad. Su fecha de nacimiento es _____.
3. Yo le otorgo mi consentimiento a _____ (nombre del niño) para que viaje con cualquier proveedor de transporte bajo contrato de Modivcare Solutions, LLC con relación a su transporte por servicios médicos que no son de emergencia.
4. Al otorgar este consentimiento y exoneración de responsabilidad, por el presente yo declaro que _____ es totalmente capaz de ser trasladado sin un acompañante adulto, no se comportará mal, seguirá todas las reglas que le indique el conductor y no necesita un acompañante para que le proporcione apoyo emocional ni de ninguna otra clase.
5. Yo comprendo que si cualquiera de los factores determinados en el párrafo 4 anterior, dejan de aplicar, entonces Modivcare ya no trasladará al menor de edad sin un acompañante.
6. Yo acepto informar a Modivcare, en el término de 48 horas, si por alguna razón dejo de ser el tutor legal de _____ e informar a Modivcare sobre el nombre y dirección del nuevo tutor legal.

En consideración al acuerdo de Modivcare para transportar al menor de edad sin un acompañante, por el presente, yo exonero a Modivcare y a sus empleados, funcionarios, agentes y subcontratistas de cualquiera y toda responsabilidad, causa de acción o reclamo relacionado con su transporte por parte de Modivcare y sus subcontratistas.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TUTOR FIRMA DEL TUTOR FECHA

NOMBRE DEL MENOR DE EDAD PARA QUIEN APLICA EL CONSENTIMIENTO FECHA

PARA USO INTERNO:

FECHA DE RECEPCIÓN POR MODIVCARE MIEMBRO DEL PERSONAL DE MODIVCARE

Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o materiales en formatos alternativos u otros idiomas sin costo, llame al 1-866-689-1523 (TTY/TDD: 7-1-1).

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hcsc.net. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíłnih 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意:如果您使用繁體中文您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

مقرب لصتا. ناچملا ب اكل رفاوتت قيوغلا د عاسملا تامدخ نإف ، ةغللا ركذا تحتت تتك اذا :تظوحلم 1-855-710-6984 (مكبلو مصلا قتا همقر: 711).

주 21: 한국 01 를 A1-@SI-A1 는 경 T, 언 01 7CI 원 서 E11 스퀴 무료로 0 I@SI-실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) IF±I '2' 로 전화 SH 주십 A12.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

tzrrn t: zrfद aircr Fहे बो9तं ह~ तो aircrकं .97 मुफ्त म~ wrErr

TrTrzrtr Tr`ar ucr9थ t1 1-855-710-6984 (TTY: 711) cr7 T=r'9 01

اب. دشاب يم مهارف امش يارب ناگيار تروص هب يبابز تلايهست ،دينک يم وگتفگ يسراف نابز هب رگا :هجوت 1-855-710-6984 (TTY: 711) ديريبگ سامت.

L5 Llu: 61a_f11w_0111114111/Lla_f11013.115f1141.15f11551LILVla^a1/111111/1101^145^ II/5 1- (TTY: 711).