

CONSENT AND RELEASE OF LIABILITY

Please Fax Form To: 866-779-5242

1. I, (legal guardian name) _____ at (street, apt. #, city, state, zip) _____ home address, affirm that I am the legal guardian of (name of minor) _____.
2. _____ (name of minor) is _____ (age of minor) years old. His/her birth date is _____ (MM/DD/YY).
3. I agree to _____ (name of minor) riding with any transportation provider under contract with Modivcare, for his/her transportation for non-emergency medical services.
4. By giving consent and release of any liability, I ensure that _____ (name of minor) is:
 1. fully capable of being transported without an adult escort,
 2. will not be disruptive to the driver or passengers,
 3. will follow all rules communicated by the driver;
 4. and does not need an escort to provide emotional or any other type of support.
5. I understand that if any of the factors in paragraph 4, listed above, cease to apply, Modivcare will no longer transport the minor without an escort.
6. I agree to inform Modivcare within 48 hours if for any reason I am no longer the legal guardian of _____ (name of minor), and to inform Modivcare of the name and address of the new legal guardian.

As part of Modivcare's agreement to transport the minor without an escort, I hereby release ModivCare, and its employees, officers, agents, and subcontractors, from any and all liability, causes of action, or claims in connection with his/her (minor) transportation by Modivcare and its subcontractors.

 SIGNATURE OF GUARDIAN

 DATE

 PRINTED NAME OF GUARDIAN

 NAME OF MINOR FOR WHOM CONSENT APPLIES

FOR INTERNAL USE

 DATE RECEIVED BY MODIVCARE

 MODIVCARE STAFF MEMBER

aetna

 Communitycare
the health plan with a heart PLAN


sunshine health


 Simply
 healthcare
an Anthem Company

Humana



UnitedHealthcare



CONSENTIMIENTO Y DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Sírvase enviar el formulario por fax al: 866-779-5242

1. Yo, _____ (*nombre del tutor legal*) con domicilio particular en _____
 _____ (*número, calle, número de departamento, ciudad, estado, código postal*), afirmo que soy tutor legal de [*nombre del (la) menor de edad*].
2. _____ [*nombre del (la) menor*] tiene _____ [*edad del (la) menor*] años de edad. Su cumpleaños es el _____ (*MM/DD/AA*).
3. Estoy de acuerdo en que _____ [*nombre del (la) menor*] viaje con cualquier proveedor de transporte que preste servicios bajo contrato con Modivcare, para trasladarse a servicios médicos que no sean de emergencia.
4. Mediante mi consentimiento y descargo de responsabilidad, aseguro que _____ [*nombre del (la) menor*]:
 1. es completamente capaz de que se le transporte sin un adulto que le acompañe,
 2. no se portará en forma disruptiva con el conductor o los pasajeros,
 3. seguirá todas las reglas que comunique el conductor;
 4. y que no necesita una persona acompañante que le proporcione apoyo emocional o de cualquier otro tipo.
 6. Entiendo que, si cualquiera de los factores establecidos en el párrafo 4, enumerado arriba, deja de corresponder, Modivcare dejará de transportar al o la menor de edad sin una persona acompañante.
 7. Estoy de acuerdo en que informaré a Modivcare en un plazo de 48 horas si por cualquier razón de ser tutor legal de _____ [*nombre del (la) menor*], así como en que informaré a Modivcare el nombre y la dirección del nuevo tutor legal.

Como parte del acuerdo de ModivCare de transportar al o la menor de edad sin una persona acompañante, por la presente libero a Modivcare y a sus empleados, oficiales, agentes y subcontratistas de todas y cada una de las responsabilidades, causas de demanda y reclamaciones en conexión con el transporte de [el (la) menor] proporcionado por Modivcare y sus subcontratistas.

FIRMA DEL TUTOR

FECHA

NOMBRE DEL TUTOR EN LETRA DE MOLDE

NOMBRE DEL O LA MENOR DE EDAD A QUIEN CORRESPONDE EL CONSENTIMIENTO

PARA USO INTERNO:

DATE RECEIVED BY MODIVCARE

MODIVCARE STAFF MEMBER

