

Estimado Participante de Transporte Independiente,

En nombre de Modivcare, le doy la bienvenida como un potencial participante de transporte independiente (ITP) y confío en que encontrará la prestación de servicios de transporte gratificante.

Incluidos están los siguientes elementos de inscripción necesarios para completar el proceso de solicitud:

- Paquete de inscripción ITP
 - Incluye una copia en blanco del Servicio de Registro ITP (formulario de reclamación)
- Divulgación y formulario de autorización (**Sólo Socios No Familiares**)
- Reconocimiento y Autorización de Verificación de Antecedentes (**Sólo Socios No Familiares**)

Por favor, lea **TODA** la información adjunta detenidamente y devuelva las copias originales firmadas a la dirección que se indica en el paquete de inscripción. Cualquier aplicación con un estado de la relación de " No- Miembro de la familia ", Modivcare se verá en la necesidad de llevar a cabo una verificación de antecedentes y los vehículos de motor de verificación de antecedentes penales en nombre del participante.

Atentamente,

Heather Williams
Director sénior, Transporte
Modivcare



Lista de documentos para la inscripción del Participante en el Transporte Individual (ITP)

Use esta lista para asegurarse de que ha completado y enviado todo lo necesario para inscribirse como un ITP. **No se autorizará ningún viaje hasta que todos los documentos estén aprobados.**

Si necesita ayuda para llenar estos formularios, llame al Centro de Contacto de al **866-824-1565**

- ☐ Página de información de ITP original completada
 - *(Por favor, llene todo y marque N/A si una pregunta no se aplica a su caso).*
- ☐ Página de cliente/ITP original completada
- ☐ Página de firma de los Términos y condiciones de participación originales completados
- ☐ Una copia de su licencia de manejar vigente y válida
- ☐ Una copia de la tarjeta de seguro de automóvil vigente y válida
- ☐ Una copia de su tarjeta de Seguro Social
- ☐ Una copia de registro vehicular y de inspección

Importante: El nombre en su licencia de manejar y tarjeta de Seguro Social tiene que ser el mismo.

Todos los formularios deben enviarse por correo a Modivcare

ATTN: Modivcare
2851 Joe DiMaggio Blvd Bldg. 8 Unit 15
Round Rock, Texas 78665

Nota: Por favor, guarde una copia para sus archivos.

Hoja de información del ITP

El propósito del formulario es obtener datos para inscribir a un ITP. Tiene que llenar este formulario completamente y firmarlo. Por favor, use tinta negra o azul.

Firma original solamente; no se aceptará una firma estampada ni copiada.

Tipo de ITP: Yo mismo/otro:		Número de teléfono: (si necesitamos comunicarnos con usted)	
☐ Yo mismo ☐ Otro		()	
<i>Tiene que ser igual al de la licencia de manejar.</i>			
Apellido:		Nombre:	Inicial del Segundo nombre:
Número de Seguro Social: (Por favor, adjunte una copia de la tarjeta).		Fecha de nacimiento:	
Número de licencia de manejar: (Por favor, adjunte una copia de la licencia de manejar)	Fecha de emisión de la licencia: MM/DD/AAAA	Fecha de vencimiento de la licencia: MM/DD/AAAA	
Dirección física: Donde vive usted. (Tiene que dar una dirección física. No se aceptan apartados postales). Número, calle, ciudad, estado y código postal.			
Dirección postal: Número, calle, ciudad, estado y código postal.			

Importante: El nombre en su licencia de manejar y tarjeta de Seguro Social tiene que ser el mismo.

Información del vehículo y del seguro		
Número de identificación del vehículo (VIN): Por favor, dé el VIN del vehículo que se usa para el transporte.	Número de placa:	
Póliza de seguro de automóvil: Por favor, adjunte una copia de la tarjeta de seguro de la aseguradora. El vehículo que se usa para transportar al cliente tiene que figurar en la póliza de seguro.	Fecha de emisión de la póliza: MM/DD/AAAA	Fecha de vencimiento de la póliza: MM/DD/AAAA

Hoja de información del cliente/ITP

Si usted se transporta a sí mismo o transporta a los miembros de su familia, llene la **Sección 1**; **deje la Sección 2 en blanco**.

Si usted transporta a una persona que no sea usted o un miembro de su familia, llene la **Sección 1 y la Sección 2**.

*Enumere todos los clientes para los que el conductor solicite un reembolso

Sección 1

Nombre del cliente: <i>(la persona a quien va a transportar)</i>	Núm. de identificación de Medicaid:	FDN del cliente: MM/DD/AAAA	Relación con el ITP:
			☐ Es un familiar ☐ No es un familiar ☐ Yo mismo

Sección 2 *(Datos personales sobre el ITP)*

¿Está actualmente acusado o se le ha condenado de un delito (excluyendo multas de tránsito de delito menor de clase C)?

☐ Yes ☐ No

“Condenado” significa que:

- (a) Un tribunal federal, estatal o local ha dictado sentencia condenatoria contra una persona, sin importar que:
 - (1) Esté pendiente una moción posterior al juicio o una apelación; o
 - (2) Se haya borrado o eliminado la sentencia condenatoria u otros antecedentes relacionados con la conducta delictiva;
- (b) Un tribunal federal, estatal o local ha declarado culpable a una persona;
- (c) Un tribunal federal, estatal o local ha aceptado una declaración de culpabilidad o no lo contendere (no me opongo) de una persona, o
- (d) Una persona ha aceptado participar en un programa para delincuentes sin antecedentes, de aplazamiento de la sentencia u otro programa o acuerdo en

Si contesta “**SI**”, dé los detalles completos, entre ellos: la fecha, el estado y el condado donde ocurrió la condena el número de causa y de qué lo condenaron específicamente. (adjunte hojas adicionales si es necesario).

Términos y condiciones de participación

1. Antes de que un ITP conduzca a un cliente, el cliente debe obtener la aprobación para el viaje de Modivcare. El cliente debe llamar al 1-866-824-1565 para obtener esta aprobación antes del viaje; de contrario, no se le pagará al ITP.
2. El cliente debe hacer que el médico firme el Registro de servicios de ITP (Formulario de reclamo) y el ITP debe firmar el Registro de servicios de ITP (Formulario de reclamo).
3. El monto del reembolso (pago) de millaje se basa en un cálculo de millaje calculado por Modivcare utilizando un sistema reconocido a nivel nacional de la distancia más corta de viaje y no en la cantidad de clientes que reciben un viaje. El ITP se pagará en función del millaje determinado a la tarifa de milla del vehículo establecida por la Legislatura de Texas para los empleados estatales que esté en vigor en el momento del viaje.
4. Todos los pagos a un ITP se informarán al Servicio de Impuestos Internos (IRS).
5. El ITP debe mantener una licencia de conducir, un Seguro del vehículo, una inspección del vehículo y un registro del vehículo vigentes y válidos durante cada viaje.
6. El formulario de reclamación debe enviarse dentro de los 95 días posteriores a la fecha del viaje.

Certificación:

Certifico que he leído los términos y condiciones para ser un Participante en el Transporte Individual (ITP) y que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que tengo que cumplir con los términos y condiciones de participación y mantener la documentación para respaldar cualquier solicitud de reembolso del millaje y que la HHSC o Modivcare se reserva el derecho de pedir y verificar la documentación que respalda la solicitud.

Firma del Participante en el Transporte Individual (ITP)

Fecha



modivcare

Registro de servicio del ITP

Nombre del cliente:	Teléfono del cliente:	Núm. de Medicaid del cliente:	
	()		
Nombre ITP (debe coincidir con la licencia de conducir)	Teléfono del ITP:	Número ITP MTI:	
	()		
Viaje #1			
De:	A:	Millas:	Cantidad:
De:	A:	Millas:	Cantidad:
Número de autorización:	Fecha/hora de la cita:	Total de millas:	Cantidad total:
NPI del proveedor de atención médica:	Teléfono del proveedor de atención médica:	Nombre del proveedor de atención médica:	
	()		
Certifico que se atendió a este paciente para brindarle un servicio de atención médica cubierto por Medicaid/CSHCN.	Firma y título del proveedor de atención médica:	Fecha en que se firmó:	
Viaje #2			
De:	A:	Millas:	Cantidad:
De:	A:	Millas:	Cantidad:
Número de autorización:	Fecha/hora de la cita:	Total de millas:	Cantidad total:
NPI del proveedor de atención médica:	Teléfono del proveedor de atención médica:	Nombre del proveedor de atención médica:	
	()		
Certifico que se atendió a este paciente para brindarle un servicio de atención médica cubierto por Medicaid/CSHCN.	Firma y título del proveedor de atención médica:	Fecha en que se firmó:	

Conductores ITP: Tengan en cuenta que el millaje permitido para el cual se puede solicitar reembolso está preimpreso en el formulario.

DECLARACIÓN JURADA: Esto es para certificar que la información anterior es verdadera, exacta y completa. Entiendo que este pago solicitado se hará con fondos estatales y federales, y que falsificar u ocultar un dato pertinente puede ser motivo de acción judicial bajo las leyes estatales y federales. Por la presente certifico que esta solicitud de pago no contiene declaración dolosa ni falsificación alguna y que la información que he dado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. **Certifico que he cumplido con todas las condiciones del Acuerdo del Participante en el Transporte Individual durante la prestación del servicio de transporte para el cual estoy solicitando reembolso.**

Firma del Participante en el Transporte Individual (ITP)

Fecha

Envíe todos los formularios a Modivcare
ATTN: Claims 798 Park Ave NW 4th Ave Norton, VA 24273
Enviado por correo electrónico a:
 Virginia.billingoperations@modivcare.com
Enviado por fax a: 866-528-0462
Nota: Conserve una copia para sus registros