



modivcare



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Medicaid & Medical Assistance

CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

1. Yo, _____ que resido en _____ (Dirección) afirmo por medio de la presente que soy el tutor legal de (nombre del menor)

2. _____ (nombre del menor) tiene _____ años de edad. Su fecha de nacimiento es _____

3. Doy mi consentimiento a _____ (nombre del menor) para que viaje con cualquier compañía de transportación bajo contrato de Modivcare, en relación a su transportación para viajes de servicios médicos que no son considerados emergencias médicas.

4. Al dar este consentimiento y deslindo de responsabilidad, Yo por medio de la presente afirmo que _____ (nombre del menor) es completamente capaz de ser transportado sin la supervisión de un adulto, no causara daños, seguirá todas las reglas que el chofer indique y no necesita de un acompañante que le proporcione de apoyo emocional o de alguna otra naturaleza.

5. Yo entiendo que en el caso de que algunas de las afirmaciones establecidas en el párrafo 4, párrafo anterior, Modivcare no transportara al menor sin la presencia de un adulto.

6. Yo me comprometo a informar a Modivcare con 48 horas de anticipación si por cualquier razón o motivo perdiera la custodia legal de _____ y a informar a Modivcare del nombre y dirección del nuevo tutor legal.

En consideración al acuerdo con Modivcare de transportar al menor sin la presencia y supervisión de un adulto. Yo por medio de la presente libero a Modivcare y a sus empleados, oficiales, agentes y subcontratistas de cualquier responsabilidad parcial o total, acciones legales y/o reclamos derivados de la transportación proveída por Modivcare y sus subcontratistas.

FIRMA DEL TUTOR LEGAL

FECHA

NOMBRE DEL TUTOR LEGAL

NOMBRE DEL MENOR

RESPECT • TRUST • RELIABLE • COMPASSION • SAFETY • TRANSPARENCY

PARA USO INTERNO:

FECHA RECIBIDA POR MODIVCARE

NOMBRE DEL AGENTE