**NJ DEPARTMENT OF MEDICAL ASSISTANCE & HEALTH SERVICES**

***(NJ-FFS Contract)***

**CONSENT AND RELEASE OF LIABILITY FOR BENEFICIARYS 18 YEARS OF AGE THAT ARE TRAVELLING WITHOUT ESCORT**

**Please Fax Form To: 877.457.3316**

1. I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residing at\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (address) hereby affirm that I am the

legal guardian of (name of beneficiary) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (name of beneficiary) is\_\_\_\_\_\_\_years old. His/her birth date is \_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. I consent to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (name of beneficiary) riding with any transportation provider under contract with Modivcare, in connection with his/her transportation for non-emergency medical services.
3. By giving this consent and release of liability, I hereby represent that \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(name of beneficiary) is fully capable of being transported without an adult escort, will not be disruptive, will follow all rules communicated by the driver, and does not need an escort to provide emotional or any other type of support.

1. I understand that if any of the factors set forth in paragraph 4, above, cease to apply, then Modivcare will no longer transport the beneficiary without an escort.
2. I agree to inform Modivcare within 48 hours if for any reason I am no longer the legal guardian of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (name of beneficiary) and to inform Modivcare of the name and address of the new legal guardian.

In consideration of Modivcare’s agreement to transport the beneficiary 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 transportation by Modivcare and its subcontractors.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIGNATURE OF GUARDIAN DATE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRINTED NAME OF GUARDIAN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAME OF BENEFICIARY FOR WHOM CONSENT APPLIES

 **FOR INTERNAL USE:**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **DATE RECEIVED BY MODIVCARE MODIVCARE STAFF MEMBER**

**CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Por favor envíe por fax a: 877.457.3316

1. Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_que resido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Dirección) afirmo por medio

de la presente que soy el tutor legal de (nombre del beneficiario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del beneficiario) tiene \_\_\_\_\_\_ años. Su fecha de nacimiento es\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Doy mi consentimiento a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del Beneficiario) para que viaje con cualquier compañía de transportación bajo contrato de Modivcare, en relación con su transportación para viajes de servicios médicos que no son considerados emergencias médicas.
3. Al dar este consentimiento y deslinde de responsabilidad, Yo por medio de la presente afirmo que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del beneficiario) es completamente capaz de ser transportado sin la supervisión de un acompañante, 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.
4. Yo entiendo que en el caso de que algunas de las afirmaciones establecidas en el párrafo 4, párrafo anterior, Modivcare no transportara al beneficiario sin la presencia de un acompañante.
5. 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 beneficiario sin la presencia y supervisión de un acompañante. 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 BENEFICIARIO

 **PARA USO INTERNO:**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **FECHA RECIBIDA POR MODIVCARE NOMBRE DEL AGENTE**