



CalOptima Health

فرم رضایت برای حمل‌ونقل فرد زیر سن قانونی

اینجانب، _____ (نام والد یا قیم را وارد کنید)، در مورد فرد تحت تکفل زیر سن قانونی خود، _____ (نام عضو را وارد کنید)، اجازه می‌دهم توسط ارائه‌دهندگان خدمات حمل‌ونقل غیرپزشکی (Non-Medical Transportation, NMT) یا حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) CalOptima Health منتقل شوند. درک می‌کنم که با اعطای مجوز، به ارائه‌دهندگان خدمات حمل‌ونقل اجازه می‌دهم وابستگان زیر سن قانونی من را بدون همراهی والدین یا قیم قانونی به نوبت‌های تأییدشده منتقل کنند.

من فرم رضایت حمل‌ونقل فرد زیر سن قانونی را خوانده‌ام و درک کرده‌ام. بدین‌وسیله به ارائه‌دهنده NMT یا NEMT شرکت CalOptima Health اجازه می‌دهم فرد تحت تکفل زیر سن قانونی من را که در بالا ذکر شده است، انتقال دهند. به عنوان والد یا قیم قانونی، از نظر قانونی مسئول هرگونه اقدام شخصی که توسط فرد زیر سن قانونی ذکر شده در بالا انجام می‌شود، هستم.

فرم رضایت حمل‌ونقل فرد زیر سن قانونی به مدت 1 سال از تاریخ امضا معتبر است.

نام خانوادگی فرد تحت تکفل زیر سن قانونی: _____

نام کوچک فرد تحت تکفل: _____

CalOptima Health CIN فرد تحت تکفل زیر سن قانونی: _____

تاریخ تولد فرد تحت تکفل زیر سن قانونی: _____

نام والد یا قیم قانونی با حروف بزرگ: _____

تاریخ: _____

امضای والد یا قیم قانونی

نام مخاطب اضطراری: _____

شماره تلفن مخاطب اضطراری: _____

لطفاً این فرم را به mcalenrollment@caloptima.org ایمیل کنید.