



Medicaid y BadgerCare Plus de Wisconsin Formulario de Necesidad Médica de Asistente/Acompañante

El proveedor de atención médica del miembro debe completar este formulario

Nombre y apellido del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identificación de ForwardHealth del miembro: _____ Fechas de citas: _____

Nombre del proveedor de atención médica: _____ Número de teléfono: _____

Veyo organiza el servicio de transporte médico que no sea de emergencia para los miembros de BadgerCare Plus y Medicaid. El miembro mencionado anteriormente solicita un asistente/acompañante para sus citas médicas. Un asistente/acompañante puede acompañar a un miembro con necesidades físicas, de desarrollo, cognitivas o de salud mental.

Marque las casillas correspondientes a continuación para indicar la necesidad actual del miembro:

- El miembro requiere asistencia durante el transporte debido a una discapacidad física.
- El miembro requiere supervisión durante el transporte debido a una discapacidad del desarrollo.
- El miembro requiere supervisión durante el transporte debido a un problema cognitivo.
- El miembro requiere asistencia debido a necesidades de salud mental.
- El miembro no requiere un asistente/acompañante.

El miembro requerirá un asistente/acompañante:

- Temporalmente hasta _____
- Permanentemente

Firma del proveedor de atención médica

Fecha

Credencial del proveedor de atención médica (p. ej., MD, RN)

Dirección del proveedor de atención médica

Número de NPI

**Complete y envíe este formulario por fax a:
Fax: 888-506-7708, Attn: Clinical Coordinator**

Veyo no puede organizar el transporte con un asistente/acompañante hasta que se revise y procese este documento. Gracias por su asistencia.