

English: For help to translate or understand this, please call **866-907-1493** (TTY).

Spanish: Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono **866-907-1493** (TTY).

Russian: Если вам не всё понятно в этом документе, позвоните по телефону **866-907-1493** (TTY).

Hmong: Yog xav tau kev pab txhais cov ntaub ntauv no kom koj totaub, hu rau **866-907-1493** (TTY).

Laotian: ຜູ້ອຸຊວຍໃນການແປ ຫລື ເຂົ້າໃຈເນື້ອຫາໃນນີ້, ກະລຸນາໂທອະສັບຫາ **866-907-1493** (TTY).

[DATE]

Padre/Madre/Tutor de: [First Name] [Last Name]

[Street Address]

[City, State, Zip Code]

Asunto: Traslados de menores de entre 12 y 15 años sin un acompañante adulto.

Usted o alguien en su nombre se comunicó recientemente con Veyo para programar un traslado para un menor bajo su cuidado de entre 12 y 15 años de edad. Nos informó que el menor bajo su cuidado necesita trasladarse a una cita sin uno de sus padres o un cuidador presente. Para programar el transporte a una cita, y para que el menor bajo su cuidado viaje solo a esta cita, debe completar y enviar el Formulario de Consentimiento de los Padres adjunto *antes de* la cita.

Veyo debe recibir el formulario de consentimiento **al menos dos días hábiles** antes de una cita de rutina. Veyo se comunicará con usted para programar el traslado del menor una vez que recibamos el formulario. Si Veyo no se ha comunicado con usted para confirmar el traslado del menor al menos dos días hábiles antes de la cita, deberá llamar a Veyo para programar el transporte. Si el formulario no se envía a tiempo, un adulto debe viajar junto con el menor a esta cita, o la cita deberá ser reprogramada.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Este es un servicio de viaje compartido.
- El menor es responsable de estar listo para ser recogido a tiempo.

Envíe el formulario completado y firmado por correo o por fax a Veyo a:

Correo postal: Veyo, Attention: Clinical Coordinator Department, 8383 Greenway Blvd, Suite 400, Middleton, WI 53562

Fax: (888) 506-7708



Formulario de Consentimiento de los Padres

1. Yo, _____ con domicilio en _____ (dirección), por el presente afirmo que soy el padre, madre o tutor legal del siguiente menor de edad.

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Nombre completo del niño: _____ Edad del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Número de identificación de ForwardHealth del niño: _____

Autorizo a Veyo para organizar traslados para mi hijo sin un acompañante adulto hacia y desde sus citas de Medicaid y BadgerCare Plus.

2. _____ (nombre del niño) es completamente capaz de ser trasladado sin un acompañante adulto y seguirá todas las reglas comunicadas por el conductor. Entiendo que si mi hijo no sigue las reglas, Veyo ya no transportará a mi hijo sin uno de sus padres o cuidador. También entiendo que este es un programa de viaje compartido; por lo tanto, es posible que otros miembros viajen junto a mi hijo.

3. Acepto asegurar que _____ (nombre del niño) estará listo para que lo recojan para su traslado a su cita y podrá llegar al lugar de recogida especificado a la hora programada.

4. Acepto informar a Veyo si hay cambios o cancelaciones en las citas de mi hijo o en los lugares para recogerlo o dejarlo. Además de mí mismo, autorizo a las siguientes personas a realizar cambios en los viajes de mi hijo.

(Proporcione nombres, relación e información de contacto)

5. Estoy de acuerdo en contactar a Veyo dentro de las 48 horas si por algún motivo dejo de ser el responsable o tutor legal de _____ (nombre del niño) e informar a Veyo el nombre y la dirección del nuevo responsable legal. Cancelaré los viajes sin acompañante que debían ocurrir bajo este consentimiento en cualquier momento después de que deje de ser el responsable o tutor legal.

6. Este Formulario de Consentimiento de los Padres entra en vigencia con mi firma. Entiendo que permanecerá vigente hasta que solicite a Veyo por escrito que se cancele este acuerdo o hasta que otra persona autorizada escriba y solicite la cancelación de este acuerdo.

Firma del padre, madre o tutor _____

Nombre en letra de imprenta del padre, madre o tutor _____

Relación con el niño _____ Fecha _____

Envíe el formulario por correo o por fax a Veyo a:

Correo postal: Veyo, Attn: Clinical Coordinator Department, 8383 Greenway Blvd, Suite 400, Middleton, WI 53562

Fax: (888) 506-7708