

**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:** ຜົ່ວຊ່ວຍໃນການແປ ຫລື ເຂົ້າໃຈເນື້ອຫາໃນນີ້, ກະລຸນາໂທອະລັບຫາ **866-907-1493** (TTY).

[Date]

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

[Street Address]

[City, State, Zip Code]

**Asunto: Transporte a un programa de tratamiento diurno o de tratamiento conductual en el centro.**

Como seguimiento a la reserva que usted o alguien en su nombre hizo para que un menor bajo su cuidado sea trasladado a un programa de tratamiento diurno **o un programa de tratamiento conductual en el centro**, se le solicita que complete y envíe el Formulario de Consentimiento de los Padres adjunto. El menor bajo su cuidado **no puede recibir el traslado al programa de tratamiento diurno o tratamiento conductual en el centro sin un acompañante adulto hasta que este formulario se haya completado y enviado de regreso**. Este formulario le permite a Veyo organizar el traslado del menor bajo su cuidado sin un padre/una madre o un cuidador que lo acompañe.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Este es un servicio de viaje compartido. Para los traslados al programa de tratamiento diurno **o tratamiento conductual en el centro**, habrá otros menores que irán al mismo centro en el vehículo.
- Si el menor bajo su cuidado requiere un asiento para automóvil o un asiento elevado, es su responsabilidad proporcionar uno para los traslados e instalarlo en el vehículo.
- El menor debe estar listo para que lo recojan a tiempo.
- Un adulto (de 18 años o más) debe estar presente en el momento de la llegada del menor.
- Debe comunicarse con Veyo inmediatamente al (866) 907-1493 si el menor bajo su cuidado estará ausente o si hay un cambio en la dirección de recogida o llegada.

**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