



## Formulario de registro de conductor - Michigan Medicaid

Recuerde incluir una fotocopia de la licencia de conducir y del seguro del vehículo al enviar este formulario.  
Los formularios enviados sin estos archivos adjuntos no serán aprobados.

\*Asegúrese de enviar la verificación de su seguro después de cada renovación o cambio de póliza.

### Datos del conductor (Entregue fotocopia de la licencia de conducir)

|                                  |                                 |               |               |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------|---------------|
| Nombre                           | Apellido                        |               |               |
| Numero de licencia del conductor | Fecha De Caducidad (DD/MM/AAAA) | Estado Emisor |               |
| Direccion de envio               | Ciudad / Estado                 |               | Codigo Postal |
| Correo Electronico               | Numero De Telefono              |               |               |

### Informacion Del Seguro Del Vehiculo (Entregue fotocopia del seguro del vehiculo)

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Nombre del seguro del vehículo           |                                   |
| Numero De Poliza Del Seguro del vehiculo | Fecha de Vencimiento (DD/MM/AAAA) |

### MEMBER DETAILS

|                        |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| Nombre                 | Apellido                         |
| Numero de Medicaid     | Fecha De Nacimiento (DD/MM/AAAA) |
| Relationship to Member |                                  |

**Informacion Del Pago** (Por favor seleccione solo una opcion de pago)

**\*\*Deposito Directo RECOMENDADO** (La notificacion de pago se enviara mediante Interchecks.) Tenga en cuenta que no se aceptaran correos electronicos de iCloud.

Cheque Fisico

**ACUERDO DE CONDUCTOR PARA REEMBOLSO DE GASOLINA:** Entiendo que estoy brindando transporte voluntariamente para ayudar a un miembro de Priority Health. Asumo toda la responsabilidad por cualquier riesgo de accidente, daño automotriz o lesión corporal que yo o el pasajero podamos sufrir mientras brindamos este servicio. Además, entiendo que si el miembro, o cualquier acompañante, es menor de 18 años, es mi responsabilidad conocer y cumplir con la ley estatal sobre asientos para niños, asientos elevados, cinturones de seguridad y/o requisitos para que estos menores se sienten en el asiento trasero. Además, yo, para mí y mis herederos, albaceas, administradores y cesionarios, por la presente libero, renuncio y descargo a Priority Health y SafeRide Health, y sus funcionarios, directores, empleados y agentes de y de todos y cada uno de los reclamos que yo, mis herederos, administradores o cesionarios puedan tener contra cualquiera de los anteriores, por razón de, o que surjan en conexión con la prestación de este servicio, y por la presente renuncian a todos los reclamos, demandas y casos de acción. Entiendo que mi único pago por estos servicios será el reembolso de la gasolina y que recibiré el pago después de presentar un reclamo completo y aprobado.

**ACUERDO DEL CONDUCTOR:** Certifico que he leído y acepto los términos y condiciones anteriores:

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe los formularios completos por correo electrónico, fax o correo postal.

priority\_driver@saferidehealth.com

1-888-432-0026

106 Jefferson St, Ste 300  
San Antonio, Texas 78205

Verifique nuevamente toda su información ya que los formularios con información parcial o incorrecta no serán registrados.

## **ACUERDO DE CONDUCTOR DE REEMBOLSO DE MILLAJE**

### **Terminos y Condiciones**

Entiendo que estoy brindando transporte voluntariamente para ayudar a un miembro de Priority Health. Asumo toda la responsabilidad por cualquier riesgo de accidente, daño automotriz o lesión corporal que pueda sufrir al brindar este servicio.

Además, yo, para mí y mis herederos, albaceas, administradores y cesionarios, por la presente libero, renuncio y descargo a Priority Health y SafeRide Health Inc., y sus funcionarios, directores, empleados y agentes de y de todos y cada uno de los reclamos que o mis herederos, albaceas, administradores y cesionarios puedan tener alguna vez algo contra cualquiera de los anteriores por, a causa de, o que surja en relación con la prestación de este servicio, y por la presente renuncio a todos dichos reclamos, demandas y causas de acción.

### **Atestacion**

Entiendo que al completar este formulario, doy fe de que:

Soy miembro de Priority Health y conduzco yo mismo. Entiendo que mi único pago por estos servicios será el reembolso de la gasolina y que recibiré el pago después de presentar un reclamo completo y aprobado.

### **OR**

Entiendo que al completar este formulario, doy fe de que:

1. Conduciré a un miembro de Priority Health. Entiendo que mi único pago por estos servicios será el reembolso de la gasolina y que recibiré el pago después de presentar un reclamo completo y aprobado.
2. No estoy excluido de la participación en ningún programa federal de atención médica y no estoy incluido en la lista de proveedores autorizados por el MDHHS ni en la lista de exclusión del Inspector General de los EE. UU. del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
3. Tengo una licencia de conducir válida.
4. No he sido condenado bajo la ley federal o estatal después del 21 de agosto de 1996 por un delito grave relacionado con la fabricación, distribución, prescripción o dispensación ilegal de una sustancia controlada.
5. Divulgaré e informaré a SafeRide Inc. cualquier condena por delito grave relacionada con una sustancia controlada.
6. Divulgaré e informaré a SafeRide Inc. mi historial de manejo, incluida cualquier infracción de tránsito.
7. No tengo NINGUNA de las siguientes condenas en los últimos dos años:
  - a. Más de dos (2) infracciones de tránsito.
  - b. Operando mientras está intoxicado(a) (OWI)
  - c. Conducir bajo la influencia (DUI)

**Excepción a la exclusión de infracción de tránsito:**

- Un miembro de la familia o un padre de crianza con cualquiera de las condenas de tránsito enumeradas puede recibir un reembolso por el NEMT proporcionado a un miembro que no puede dar su consentimiento debido a una discapacidad intelectual o del desarrollo o una tutela legal, con el consentimiento por escrito de su parte legalmente responsable.
- Un miembro de la familia o un padre de crianza con cualquiera de las condenas de tránsito enumeradas puede recibir un reembolso por el NEMT proporcionado a un miembro que no puede dar su consentimiento para que el miembro de la familia o el padre de crianza proporcione NEMT después de que las condenas se hayan revelado al participante y el participante firme un reconocimiento. forma.

**Certifico que he leído y acepto los términos y condiciones y la certificación anteriores.**

---

Firma

---

Fecha