



Estimado/a Miembro:

Gracias por su interés en el uso de un Participante de Transporte Individual (ITP por sus siglas en inglés). Un ITP puede recibir reembolso por llevarlo a usted a sus citas médicas. El paquete de inscripción adjunto incluye los documentos que el ITP debe presentar a SafeRide Health. Consulte la lista de verificación para la inscripción de ITP para ver una lista de los documentos requeridos. Estos documentos deben ser procesados y aprobados por el estado de Texas. El ITP no puede hacer ningún transporte hasta que se aprueben los documentos.

Un ITP podría ser cualquiera de los siguientes:

- ITP (Uno mismo): un cliente de Medicaid que se transporta a sí mismo a una cita médica usando un vehículo personal O una persona que transporta a un miembro de la familia que es un cliente de Medicaid usando un vehículo personal
- ITP (Otro): una persona que transporta a clientes de Medicaid que no son de su familia a una cita médica usando un vehículo personal; estas personas deben someterse a una verificación de antecedentes penales

El ITP debe mostrar en la Página de Información del ITP si está solicitando como "Uno mismo" u "Otro". **La información requerida solamente debe proporcionarse para la persona que llevará a cabo el transporte.**

Los documentos terminados y demás artículos requeridos deberán enviarse por correo o fax a:

SafeRide Health  
18302 Talavera Ridge Suite 300  
San Antonio, TX 78257

**Fax Número:** 888-432-0026

**Email address:** uhc\_driver@saferidehealth.com

Por favor, recuerde llamar a SafeRide al 1-888-462-6050 antes de que su ITP lo lleve a cualquier cita. Se incluye un Registro de Servicio de ITP en el paquete de inscripción. Su ITP debe utilizar este formulario para solicitar el reembolso. Haga copias de este formulario para futuros transportes.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame al 1-888-462-6050.

Sinceramente

SafeRide Health

## **Lista de documentos para la inscripción del Participante en el Transporte Individual (ITP)**

**Use esta lista para asegurarse de que ha completado y enviado todo lo necesario para inscribirse como un ITP. No se autorizará ningún viaje hasta que todos los documentos estén aprobados.**

Si necesita ayuda para llenar estos formularios, llame al Centro de Contacto de SafeRide Health al 1-888-462-6050

- Una copia de la Hoja de información del ITP completa  
*(Por favor, llene todo y marque N/A si una pregunta no se aplica a su caso).*
- Una copia de la Hoja de información del cliente/ITP completa
- Una copia completada de la Página de Términos y Condiciones  
*(Por favor firme y feche; Se requiere firma original)*
- Una copia de su licencia de manejar vigente y válida
- Una copia de la tarjeta de seguro de automóvil vigente y válida  
*(El conductor debe figurar como conductor cubierto en el seguro).*
- Una copia de la matrícula del vehículo y de inspección
- Una copia de su tarjeta de Seguro Social

**Importante:** El nombre en su licencia de manejar y tarjeta de Seguro Social tiene que ser el mismo.

Para las opciones de Pago Electronico, asegúrese de incluir un correo electrónico.

**Seleccione a continuación la opción de pago preferida (requerido)**

- Pago Electronico (correo electrónico requerido)
- Cheque en Papel

**Envíe todos los formularios o fax a SafeRide Health.**

SafeRide Health  
18302 Talavera Ridge, Suite 300  
San Antonio, TX 78257

**Fax Número:** 888-432-0026

**Email:** uhc\_driver@saferidehealth.com

**Nota:** Por favor, guarde una copia para sus archivos.

## Hoja de información del ITP

**El propósito del formulario es obtener datos para inscribir a un ITP. Tiene que llenar este formulario completamente y firmarlo. Por favor, use tinta negra o azul. Firma original solamente; no se aceptará una firma estampada ni copiada.**

<b>Tipo de ITP: Yo mismo/otro:</b>	<b>Número de teléfono: (si necesitamos comunicarnos con usted)</b>	
<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Otro	(      )	
<i>Tiene que ser igual al de la licencia de manejar</i> <b>Apellido:</b>		<b>Nombre:</b>
		<b>Inicial del segundo nombre:</b>
<b>Número de Seguro Social: (Por favor, adjunte una copia de la tarjeta).</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Número de licencia de manejar:</b> <i>(Por favor, adjunte una copia de la licencia de manejar).</i>	<b>Fecha de emisión de la licencia:</b>	<b>Fecha de vencimiento de la licencia:</b>
	MM/DD/AAAA	MM/DD/AAAA
<b>Dirección física:</b> <i>Donde vive usted. (Tiene que dar una dirección física. No se aceptan apartados postales).</i> <i>Número, calle, ciudad, estado y código postal.</i>		
<b>Dirección postal:</b> <i>Número, calle, ciudad, estado y código postal.</i>		
<b>Correo electrónico:</b>		<i>Metodo de comunicación preferido (indicar uno)</i>
		Correo electrónico Correo regular
<b>Importante:</b> <i>El nombre en su licencia de manejar y tarjeta de Seguro Social tiene que ser el mismo.</i>		
<b>Información del vehículo y del seguro</b>		
<b>Número de identificación del vehículo (VIN):</b> <i>Por favor, dé el VIN del vehículo que se usa para el transporte.</i>		<b>Número de placa:</b>
<b>Póliza de seguro de automóvil:</b> <i>Por favor, adjunte una copia de la tarjeta de seguro de la aseguradora. El vehículo que se usa para transportar al cliente tiene que figurar en la póliza de seguro.</i>		<b>Fecha de emisión de la póliza:</b>
		MM/DD/AAAA
		<b>Fecha de vencimiento de la póliza:</b>
		MM/DD/AAAA

## Hoja de información del cliente/ITP

Si usted se transporta a sí mismo o transporta a los miembros de su familia, llene la **Sección 1**; deje la **Sección 2** en **blanco**.

Si usted transporta a una persona que no sea usted o un miembro de su familia, llene la **Sección 1 y la Sección 2**.

### Sección 1

**Plan de salud del cliente:** (Indique su plan de salud) \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: (la persona a quien va a transportar)	Núm. de identificación de Medicaid:	FDN del cliente: MM/DD/AAAA	Relación con el ITP:
			<input type="checkbox"/> Es un Familiar/Fomentar <input type="checkbox"/> No es un Familiar <input type="checkbox"/> Yo Mismo

### Sección 2 (Datos personales sobre el ITP)

¿Está actualmente acusado o se le ha condenado de un delito (excluyendo multas de tránsito de delito menor de clase C)?

“Condenado” significa que:

- (a) Un tribunal federal, estatal o local ha dictado sentencia condenatoria contra una persona, sin importar que:  
(1) Esté pendiente una moción posterior al juicio o una apelación; o  
(2) Se haya borrado o eliminado la sentencia condenatoria u otros antecedentes relacionados con la conducta delictiva;
- (b) Un tribunal federal, estatal o local ha declarado culpable a una persona;
- (c) Un tribunal federal, estatal o local ha aceptado una declaración de culpabilidad o nolo contendere (no me opongo) de una persona, o

Si

No

Una persona ha aceptado participar en un programa para delincuentes sin antecedentes, de aplazamiento de la sentencia u otro programa o acuerdo en el cual no se asienta la sentencia condenatoria.

*Si contesta “Sí”, dé los detalles completos, entre ellos: la fecha, el estado y el condado donde ocurrió la condena, el número de causa y de qué lo condenaron específicamente. (Adjunte hojas adicionales si es necesario).*

## Términos y condiciones de participación

### ***Términos y condiciones de participación***

- 1. Antes de que un ITP transporte a un cliente, el cliente tiene que recibir la aprobación de SafeRide Health para el transporte. El cliente tiene que llamar al 888-462-6050 para recibir esta aprobación antes del viaje; de lo contrario, no se le pagará al ITP.**
- 2. El ITP debe mantener una licencia de conducir vigente y válida, seguro del vehículo, inspección del vehículo y registro del vehículo durante cada viaje.**
- 3. Los conductores de ITP están limitados a un total de 10 miembros no relacionados para conducir para el reembolso de millas bajo el programa ITP. Si todos los miembros asignados son familiares directamente relacionados, el número puede exceder de 10 pero no exceder de 15 en total.**
- 4. El monto del reembolso (pago) de millaje se basa en un cálculo de millaje calculado por SafeRide Health utilizando un sistema reconocido a nivel nacional de la distancia más corta del viaje y no en la cantidad de miembros que reciben un viaje. El ITP se pagará en función del kilometraje determinado a la tarifa por milla del vehículo establecida por la Legislatura de Texas para los empleados estatales que esté vigente en el momento del viaje.**
- 5. El miembro debe hacer que el médico firme el Registro de servicio de ITP (Formulario de reclamo) y el ITP debe firmar el Registro de servicio de ITP (Formulario de reclamo). El formulario de reclamo debe estar completo con toda la información requerida. (Se envía un ejemplo con los formularios de reclamación).**
- 6. El formulario de reclamo debe presentarse dentro de los 95 días a partir de la fecha del viaje.**

***Certificación:***

*Certifico que he leído los términos y condiciones para ser un Participante en el Transporte Individual (ITP) y que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que tengo que cumplir con los términos y condiciones de participación y mantener la documentación para respaldar cualquier solicitud de reembolso del millaje y que la HHSC o SafeRide Health se reserva el derecho de pedir y verificar la documentación que respalda la solicitud.*

---

Firma del Participante en el Transporte Individual (ITP)

---

Fecha