

Programa de reembolso de millas para familiares y amigos

Hoja de inscripción de conductor nuevo

Nombre completo del miembro: _____ **Fecha:** _____

Número de ID de Medicaid: _____

Domicilio: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Información del vehículo y del conductor utilizada en el Programa de reembolso de millas:

Número de licencia de conducir y estado: _____

Fecha de vencimiento: _____

Número de matrícula del vehículo principal y estado: _____

Escriba (en letra de imprenta) el nombre del conductor (primer nombre, segundo nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____

Información del vehículo adicional/alternativo y del conductor utilizada en el Programa de reembolso de millas:

Número de matrícula del vehículo principal y estado: _____

Escriba (en letra de imprenta) el nombre del conductor (primer nombre, segundo nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo, el miembro, por la presente entiendo y acepto que: (coloque sus iniciales junto a cada enunciado)

____ la participación en el Programa de familiares y amigos es voluntaria y constituye un privilegio y que el incumplimiento de alguna de las normas del programa podrá ocasionar la finalización inmediata de este programa de reembolso de millas.

____ el fraude contra Medicaid es un delito grave y, conforme a este programa, las solicitudes de reembolso fraudulentas pueden resultar en sanciones penales de hasta 7 años en la prisión estatal.

___ si me mudo, debo actualizar y presentar pruebas de mi nuevo domicilio a [Medicaid] antes de presentar mi próxima solicitud de reembolso.

___ el conductor debe tener una licencia de conducir válida para poder recibir reembolso conforme a este programa.

___ conducir sin licencia, con una licencia suspendida o mientras se está designado como infractor habitual, son todos considerados delitos en New Hampshire y las solicitudes que se hagan conforme a este programa pueden y serán usadas en mi contra en procesos penales.

_ si AmeriHealth Caritas New Hampshire o sus asociados tienen motivos para sospechar una posible infracción al Programa de familiares y amigos, entiendo que mi historial de conductor, los registros de vehículos motorizados o de mis antecedentes penales podrían ser revisados.

___ tener antecedentes penales o un historial de conducción no impide necesariamente mi participación en este programa.

___ mi participación en este programa se registrará de conformidad con la Norma Administrativa He-W 574 del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Documentación que debe incluirse con esta solicitud

Envíe el formulario completado, junto con una copia de la licencia de conducir de cada conductor mencionado en el formulario, en una foto por mensaje de texto, fax o correo electrónico a CTS:

Coordinated Transportation Solutions, Inc, 35 Nutmeg Drive, Suite 120, Trumbull, CT 06611, o envíe una imagen escaneada o fotografía legible con un smartphone por correo electrónico a FF@ctstransit.com o por fax a (203) 375-0516.



Complete formularios adicionales si necesita inscribir a más conductores.

Firma del solicitante y fecha: _____

El firmante arriba indicado acepta por la presente todas las declaraciones con iniciales precedentes y declara bajo juramento que toda la información contenida en esta solicitud, así como la información incluida en los documentos adjuntos, es verdadera y exacta, y que cualquier falsedad sustancial aquí contenida podrá dar lugar a acciones legales por falso testimonio conforme a la RSA 641:3.