



Pago por Servicio de



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 nac.:** _____

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

Número de licencia de conducir y de qué estado: _____

Fecha de vencimiento: _____

Número de matrícula del vehículo principal y de qué estado: _____

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

Fecha de nac.: _____

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

Número de matrícula del vehículo principal y de qué estado: _____

Escriba el nombre del conductor (primer nombre, segundo nombre, apellido): _____

Fecha de nac.: _____

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

____ la participación en el Programa para familiares y amigos es voluntaria y un privilegio y que si no se cumple con cualquiera de las reglas del programa, puede resultar en la terminación inmediata de mi participación en este programa de reembolso de millas.

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



Pago por Servicio de



___ 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 bajo este programa

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

___ si el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire o sus asociados tienen motivos para sospechar cualquiera posible violación al Programa de familias 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 Regla Administrativa He-W 574 del Departamento de Salud y Servicios Humanos

Documentación que se debe incluir con esta solicitud

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

**Coordinated Transportation Solutions,
Inc, 35 Nutmeg Drive, Suite 120,
Trumbull, CT 06611,**

O, una foto escaneada o legible desde un teléfono inteligente debe enviarse por correo electrónico a FF@ctstransit.com o

Por fax al (203) 375-0516.



Pago por Servicio de



Complete formularios adicionales si necesita inscribir a más conductores.

Firma del solicitante y fecha: _____

El firmante arriba mencionado por la presente está de acuerdo con todos los enunciados anteriores con sus iniciales y jura que toda la información contenida en esta solicitud y en los documentos adjuntos, es correcta y verdadera y que cualquier falsedad importante contenida en ellos puede resultar en un enjuiciamiento por juramentos falsos, en conformidad con RSA 641:3.