

**Chuyên chở trường hợp không thuộc y tế và không phải y tế cấp cứu qua Access2Care
Giấy đồng ý cho phép của cha mẹ/người giám hộ - Chuyên chở trẻ em vị thành niên**

Tên của trẻ vị thành niên: _____	Số Medi-Cal: _____
Ngày sinh: _____	Loại chương trình: <input type="checkbox"/> Medi-Cal

Tôi tên là _____, xác nhận nơi đây tôi là cha mẹ, hay người giám hộ hợp pháp, của đứa trẻ vị thành niên nêu trên. Tôi đã yêu cầu Access2Care, cơ quan hợp tác với Aetna Better Health of California, thu xếp phương tiện chuyên chở cho con em tôi được đưa đi, đón về từ những nơi cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được Medi-Cal đài thọ mà không có người nhà của em đi theo cùng. Theo đó, tôi ký tên dưới đây đồng ý thỏa thuận và cho phép đứa trẻ có tên bên trên đi trên xe với một nhà cung cấp dịch vụ của Access2Care mà không có người nhà của em đi theo cùng.

Tôi hiểu rằng khi tôi ký giấy thỏa thuận này, tôi xác nhận nơi đây là đứa trẻ vị thành niên có tên bên trên sẽ tuân theo tất cả và bất cứ quy định nào Access2Care đề ra. Trong trường hợp mà đứa trẻ vị thành niên có tên bên không tuân theo những quy định này thì Access2Care có thể yêu cầu đứa trẻ phải đi cùng với một người lớn trong những chuyến đi sau.

Thông tin liên lạc và thông tin dùng trong lúc khẩn cấp:

	Tên, tên lót, họ	Địa chỉ	Điện thoại
Cha mẹ <input type="checkbox"/>			
Người giám hộ <input type="checkbox"/>			
Cha mẹ <input type="checkbox"/>			
Người giám hộ <input type="checkbox"/>			
Thông tin dùng trong lúc khẩn cấp			

Thông tin về lịch trình:

Địa chỉ đến đón	Ngày giờ cần đón	Địa chỉ nơi đến	Ngày giờ của buổi hẹn

Tôi xin xác nhận và đồng ý với những điều sau đây:

- i. Con em tôi sẽ sẵn sàng được đón tại địa điểm đón đã xác định và đúng giờ đã định bên trên.
- ii. Tôi sẽ báo cho Access2Care biết ngay lập tức nếu có điều gì thay đổi hoặc hủy hẹn.
- iii. Sự đồng ý này sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến lúc: (1) tôi đổi hoặc thay thế sự đồng ý này; (2) yêu cầu được đưa, hoặc đón, hoặc một chuyến đưa đón đã hoàn tất; (3) bất cứ phương tiện chuyên chở thường xuyên, dài hạn nào đã chấm dứt, hoặc con em tôi không cần được cấp phương tiện chuyên chở nữa.

Tôi xác nhận là thông tin tôi cung cấp nơi đây là thông tin trung thực và chính xác.

Chữ ký	Quan hệ với trẻ vị thành niên	Ngày
--------	-------------------------------	------

Trước khi đứa trẻ vị thành niên có tên bên trên được đi trên xe một mình không có người lớn đi theo đến những nơi cấp các dịch vụ được đài thọ:
1) Giấy này phải nộp với Văn phòng Dịch vụ chuyên chở Access2Care qua Aetna Better Health of California

Vui lòng điền giấy này và gửi về địa chỉ email: PCSWest@amr.net hoặc fax giấy này về: 866-700-4977
Ngoài ra, quý vị có thể gửi giấy này về:
 ATTN: Care Coordination
 6363 S. Fiddler's Green Circle Ste. 1400
 Greenwood Village, CO 80111