



أرسل هذا النموذج إلى: Penquis Transportation Brokerage
262 شارع هارلو
صندوق بريد 1162
بانجور، مين 04402-1162
1-855-437-5883

إصدار المعلومات

التوقيع والإرجاع خلال 10 أيام من استلام هذا النموذج

الإذن بالحصول على السجلات

أمنح الإذن لشركة بينكويس بالتواصل مع مُقدِّمي الرعاية الطبية أو غيرهم لتأكيد المواعيد المُغطاة ببرنامج مين كير. ستساعدني بينكويس في تحديد مواعيد جديدة عند الحاجة.

أنا أفهم أن:

•يمكنني إلغاء هذا الإصدار في أي وقت.

•هذه المعلومات ضرورية لتوفير الرحلات أو دفع الأُميال لسيارتي/سيارتنا المغطاة ببرنامج MaineCare خدمات.

•لن تقدم شركة Penquis أي خدمات دون هذه المعلومات.

•هذا النموذج صالح لمدة عام واحد فقط من تاريخ توقيعي عليه.

•لقد تلقيت المعلومات/الأوراق التعليمية اللازمة للحصول على مساعدة النقل.

•لا تتوفر أي وسيلة نقل أخرى لي ولعائلتي. سأبلغ شركة Penquis إذا كان تغير الوضع.

•نتلقى الآن خدمات MaineCare. سنبُلق Penquis إذا كانت خدمة MaineCare الخاصة بنا متوفرة. تم الإلغاء.

•أفهم أن من واجب شركة Penquis ترتيب أقل وسائل النقل تكلفة والتي تناسب احتياجات كل شخص.

هذه البيانات صحيحة وكاملة. سيتم سداد هذه المطالبة من الأموال الفيدرالية أو أموال الولاية، وأي كذب أو بيانات غير صحيحة حول حقيقة جوهرية قد تُعرِّضك للملاحقة القانونية بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.



أرسل هذا النموذج إلى: Penquis Transportation Brokerage
262 شارع هارلو
صندوق بريد 1162
بانجور، مين 04402-1162
1-855-437-5883

استمرار إصدار المعلومات

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في ملء هذا النموذج، يرجى الاتصال بـ Penquis وسوف يساعدك أحد الموظفين.

قم بإدراج أسماء ورقم MaineCare وتاريخ الميلاد (DOB) لجميع أفراد الأسرة في منزل الذين يحتاجون أو سيحتاجون إلى مساعدة في النقل.

اسم

رقم MaineCare وتاريخ الميلاد

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

العضو المميز/الوصي 1: _____ تاريخ _____

الاسم المطبوع للعضو/الوصي 1: _____

رقم الهاتف للتواصل 1: (____) _____

العضو المميز/الوصي 2: _____ تاريخ _____

الاسم المطبوع للعضو/الوصي 2: _____

رقم الهاتف للتواصل 2: (____) _____

للاستخدام الداخلي:

تاريخ الاستلام من قبل PENQUIS

عضو فريق عمل بنكويس