

Envoyez ce formulaire à : Penquis Transportation Brokerage 262, rue Harlow Boîte postale 1162 Bangor, ME 04402-1162 1-855-437-5883

Divulgation d'informations

Signez et renvoyez dans les 10 jours suivant la réception de ce formulaire

Autorisation d'obtenir des documents

J'a<u>utorise Penquis à discuter avec des professionnels de santé et/ou d'a</u>utres prestataires afin de confirmer les rendez-vous pris en charge par MaineCare. Penquis m'aidera à prendre de nouveaux rendez-vous, si nécessaire.

Je comprends que :

- Je peux annuler cette version à tout moment.
- Ces informations sont nécessaires pour fournir des trajets ou payer le kilométrage pour mon/notre MaineCare couvert services.
- Penquis ne fournira pas de services sans ces informations.
- Ce formulaire n'est valable qu'un an à compter de la date de ma signature.
- J'ai reçu les informations/documents pédagogiques nécessaires pour obtenir de l'aide au transport.
- Aucun autre moyen de transport n'est disponible pour moi et ma famille. Je préviendrai Penquis si mon/notre la situation change.
- Nous bénéficions désormais des services MaineCare. Nous informerons Penquis si notre service MaineCare est activé. annulé.
- Je comprends que Penquis a le devoir d'organiser le moyen de transport le moins coûteux qui convient aux besoins de chaque personne.
- Ces données sont exactes et complètes. Le règlement de cette réclamation sera assuré par des fonds fédéraux ou étatiques. Toute information mensongère ou fausse concernant un fait important peut faire l'objet de poursuites judiciaires en vertu des lois fédérales et étatiques.



Envoyez ce formulaire à : Penquis Transportation Brokerage

262, rue Harlow

Boîte postale 1162

Bangor, ME 04402-1162 1-855-437-5883

Suite de la diffusion d'informations	
Si vous avez hassin d'aida sour remalir se formulaire	, veuillez appeler Penquis et un membre du personnel vous aidera.
Si vous avez besoin d'aide pour rempiir ce formulaire,	, veuillez appeler Periquis et un membre du personner vous aldera.
Dressez la liste des noms, du numéro MaineCare besoin ou auront besoin d'aide pour le transport.	re et de la date de naissance (DOB) de tous les membres de votre famille qui ont .
Nom	Numéro MaineCare et date de naissance
Membre/Tuteur Signature 1 :	Date
Nom imprimé Membre/Tuteur 1 :	
Numéro de téléphone de contact 1 : ()	
Membre/Tuteur Signature 2 :	Date
Nom imprimé Membre/Tuteur 2 :	
Numéro de téléphone de contact 2 : ()	
POUR USAGE INTERNE :	
DATE DE RÉCEPTION PAR PENQUIS	MEMBRE DU PERSONNEL DE PENQUIS