



Envie este formulário para: Penquis Transportation Brokerage

Rua Harlow, 262

Caixa Postal 1162

Bangor, ME 04402-1162

1-855-437-5883

Divulgação de informações

Assine e devolva este formulário no prazo de 10 dias após o recebimento.

Permissão para obter registros

Autorizo a Penquis a falar com médicos e/ou outros prestadores de serviços para confirmar consultas cobertas pelo MaineCare. A Penquis me ajudará a marcar novas consultas, se necessário.

Eu entendo que:

- Posso cancelar esta liberação a qualquer momento.
- Essas informações são necessárias para fornecer viagens ou pagar milhas para meu/nosso MaineCare coberto serviços.
- A Penquis não fornecerá serviços sem essas informações.
- Este formulário é válido apenas por 1 ano a partir da data em que o assino.
- Recebi as informações/documentos educativos necessários para obter ajuda com transporte.
- Não há outro transporte disponível para mim e minha família. Avisarei Penquis se meu/nosso a situação muda.
- Estamos recebendo os serviços do MaineCare. Avisaremos Penquis se o nosso MaineCare estiver disponível. cancelado.
- Entendo que a Penquis tem o dever de providenciar o meio de transporte mais barato e adequado às necessidades de cada pessoa.
- Estes dados são verdadeiros e completos. O pagamento desta reivindicação será feito com recursos federais ou estaduais e qualquer mentira ou dado falso de fato relevante poderá estar sujeito a ação legal sob as leis federais e estaduais.



Envie este formulário para: Penquis Transportation Brokerage
Rua Harlow, 262
Caixa Postal 1162
Bangor, ME 04402-1162
1-855-437-5883

Divulgação de informações continua

Se precisar de ajuda para preencher este formulário, ligue para Penquis e um funcionário ajudará.

Liste os nomes, o número do MaineCare e a data de nascimento de todos os familiares em sua casa que precisam ou precisarão de ajuda com transporte.

Nome	Número e data de nascimento do MaineCare

Membro Assinatura/Guardião 1: _____ Data _____

Nome impresso Membro/Responsável 1: _____

Telefone de contato 1: (____) _____

Membro Assinatura/Guardião 2: _____ Data _____

Nome impresso Membro/Responsável 2: _____

Telefone de contato 2: (____) _____

PARA USO INTERNO:

DATA DE RECEBIMENTO PELA PENQUIS

MEMBRO DA EQUIPE PENQUIS