



Envíe este formulario por correo a: Penquis Transportation Brokerage
262 Harlow Street
Apartado postal 1162
Bangor, ME 04402-1162
1-855-437-5883

Divulgación de información

Firme y devuelva este formulario dentro de los 10 días posteriores a la recepción.

Permiso para obtener registros

Autorizo a Penquis a comunicarse con proveedores médicos y de otro tipo para confirmar las citas cubiertas por MaineCare. Penquis me ayudará a programar nuevas citas, si es necesario.

Entiendo que:

- Puedo cancelar este lanzamiento en cualquier momento.
- Esta información es necesaria para proporcionar viajes o pagar el kilometraje de mi/nuestro MaineCare cubierto servicios.
- Penquis no proporcionará servicios sin esta información.
- Este formulario sólo es válido por 1 año a partir de la fecha en que lo firmo.
- He recibido la información/documentos educativos necesarios para obtener ayuda con el transporte.
- No hay otro transporte disponible para mí y mi familia. Le informaré a Penquis si mi/nuestra La situación cambia.
- Actualmente recibimos los servicios de MaineCare. Le informaremos a Penquis si nuestro MaineCare está disponible. cancelado.
- Entiendo que Penquis tiene el deber de organizar el medio de transporte menos costoso que se adapte a las necesidades de cada persona.

Esta información es veraz y completa. El pago de esta reclamación se realizará con fondos federales o estatales, y cualquier información falsa o engañosa sobre un hecho material podrá estar sujeta a acciones legales conforme a las leyes federales y estatales.



Envíe este formulario por correo a: Penquis Transportation Brokerage
 262 Harlow Street
 Apartado postal 1162
 Bangor, ME 04402-1162
 1-855-437-5883

Continuación de la divulgación de información

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a Penquis y un miembro del personal lo ayudará.

Enumere los nombres, el número de MaineCare y la fecha de nacimiento (DOB) de todos los familiares en su hogar que necesitan o necesitarán ayuda con el transporte.

Nombre	Número de MaineCare y fecha de nacimiento
--------	---

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

Firma del miembro/tutor 1: _____ Fecha _____

Nombre impreso del miembro/tutor 1: _____

Teléfono de contacto 1: (____) _____

Firma del miembro/tutor 2: _____ Fecha _____

Nombre impreso del miembro/tutor 2: _____

Teléfono de contacto 2: (____) _____

PARA USO INTERNO:

FECHA DE RECIBO POR PENQUIS

MIEMBRO DEL PERSONAL DE PENQUIS