

PARENTAL CONSENT FORM

Your child/children can get rides to their covered healthcare visits if they don't have any other way to get there. This is part of their Medicaid coverage. If your child needs to ride without a Parent or Legal Guardian present, you must fill out this Parental Consent Form. This form allows us to give rides to your 15 to 17 year old child/children without an adult riding along. Children under the age of 15 must always travel with an adult or guardian. You, the Parent or Legal Guardian of the child, must fill out, sign, and send us this form before we can set up rides for your 15 to 17 year old. Once you have filled out the form and signed it, you can send it to us by email, mail, or fax.

Child's First Name: _____

Child's Last Name: _____

Child's Medicaid Number: _____

My name is _____. I am the Parent or Legal Guardian of _____, who is age 15 to 17 years old.

I give SafeRide Health permission to set up rides for, and provide rides to my son/daughter/minor dependent whose name I have written in this form. I understand these rides will carry my son/daughter/minor dependent to and from their covered healthcare visits. I further understand SafeRide Health may set up and provide these rides when I am not able to ride along and no other adult is able to make the trip. This Parental Consent Form goes into effect when I sign it. I understand it will stay in effect until I write to SafeRide Health and ask that this agreement is canceled.

Print Your Name

How are You Related to the Child?

Your Signature

Today's Date

Please submit completed forms by mail or fax:

Fax: 888-432-0026

Mail: SafeRide Health

18302 Talavera Ridge Fl 3

San Antonio, TX 78257

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Su(s) hijo(s) puede(n) obtener servicios de transporte hacia sus consultas médicas cubiertas si no tienen(n) otra forma de llegar allí. Esto forma parte de su cobertura de Medicaid. Si su hijo necesita viajar sin un padre o representante legal presente, usted debe completar este Formulario de Consentimiento de los Padres. Este formulario nos permite llevar a su(s) hijo(s) de 15 a 17 años sin un adulto que lo acompañe. Los niños menores de 15 años siempre deberán viajar acompañados de un adulto o representante. Usted, el padre o representante legal del niño, debe completar, firmar y enviarnos este formulario antes de que podamos programar traslados para su hijo de 15 a 17 años. Una vez que haya completado y firmado el formulario, puede enviárnoslo por correo electrónico, correo postal o fax.

Nombre del niño: _____

Apellido del niño: _____

Número de Medicaid del niño: _____

Mi nombre es _____. Soy el padre o representante legal de _____, que tiene entre 15 y 17 años de edad.

Doy permiso a SafeRide Health para programar y proporcionar traslados a mi hijo/hija/dependiente menor cuyo nombre he escrito en este formulario. Entiendo que estos traslados llevarán a mi hijo/hija/menor dependiente hacia y desde sus consultas médicas cubiertas. Además, entiendo que SafeRide Health puede programar y proporcionar estos traslados cuando yo ni ningún otro adulto pueda ir como acompañante. Este Formulario de Consentimiento de los Padres entra en vigor en la fecha en que lo he firmado. Entiendo que permanecerá vigente hasta que yo escriba a SafeRide Health y solicite que se cancele este acuerdo.

Escribir su nombre en imprenta

¿Cuál es su parentesco con el niño?

Su firma

La fecha de hoy

Por favor envíe los formularios completados por correo o fax:

Fax: 888-432-0026

Correo: SafeRide Health

18302 Talavera Ridge Fl 3

San Antonio, TX 78257