

Formulario de registro como participante de transporte individual (ITP)

Puede usar este formulario para registrarse como ITP para trasladar a un miembro de Texas Children's Health Plan de ida y vuelta a sus citas médicas. El ITP puede ser el miembro o un amigo o familiar del miembro. Complete todo el formulario y firme al final del documento. No olvide incluir una copia de la licencia del conductor, de la tarjeta del seguro del automóvil, y del registro del vehículo. No se aprobarán los formularios que se presenten sin estos archivos adjuntos.

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR (adjunte una fotocopia de la licencia del conductor).		
Nombre	Apellido	
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono	
Número de licencia del conductor	Fecha de vencimiento	Estado emisor
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	

Relación con el miembro: titular miembro familiar amigo otra _____

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO (adjunte una copia de la tarjeta del seguro y del registro del vehículo. El vehículo que se registre debe figurar en la póliza del seguro).		
Número de póliza del seguro del automóvil	Fecha de emisión de la póliza	Fecha de vencimiento de la póliza
Número de identificación del vehículo (VIN)	Número de patente	

INFORMACIÓN DE PAGO (elija solo una opción de pago).		
<input type="checkbox"/> Depósito directo *RECOMENDADO (se prevé que recibirá el pago entre 1 y 2 semanas).		
Nombre del titular de la cuenta	Tipo de cuenta bancaria <input type="checkbox"/> cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> cuenta corriente	
Número de ruta	Número de cuenta	
<input type="checkbox"/> Cheque en papel (se prevé que recibirá el pago en su domicilio entre 4 y 6 semanas).		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal

Documentos adjuntos obligatorios:

- Una copia de la licencia del conductor válida y vigente
- Una copia de la tarjeta del seguro del automóvil válida y vigente
- Una copia del registro del vehículo

Formulario de registro como participante de transporte individual (ITP)



Términos y condiciones para participar

1. Antes de trasladar a un miembro de Medicaid a su cita, el miembro primero debe recibir la aprobación de Veyo para el traslado. El miembro puede programar un viaje llamando a Veyo al (888) 401-0170 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Si el viaje no se aprueba, el ITP no recibirá el pago.
2. Durante la cita, el médico debe sellar o firmar el Formulario de reembolso al ITP.
3. Recibirá un reembolso de millas por cada viaje de ida y vuelta que haga, aunque lleve a más de un miembro.
4. Veyo usará un programa de computadora para determinar cuál es el menor trayecto en millas que debería recorrer en su viaje. El monto que se le reembolsará por el combustible se determina en función de este cálculo de millas. Se le pagará por milla. La tarifa que se pagará por milla se toma de las tarifas por milla vigentes para los empleados del estado. El Poder Legislativo de Texas fija estas tarifas.
5. Veyo informará al Servicio de Impuestos Internos (IRS) de todos los pagos que haga a los conductores.
6. Para seguir inscrito en el programa, debe tener licencia del conductor, seguro del automóvil, inspección y registro del vehículo válidos y vigentes.
7. El Formulario de reembolso de millas completo debe presentarse en el plazo de 30 días a partir de la fecha en que trasladó al miembro. Si los formularios se presentan después de este plazo, no se realizará el pago. *Por ejemplo, si el traslado se hizo el 1 de enero, Veyo deberá **recibir** el formulario antes del 31 de enero inclusive.*

Declaración:

Firmando abajo, declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta. He leído los términos y condiciones arriba mencionados. Comprendo que debo cumplir estos términos y condiciones para participar en el programa.

Comprendo que debo guardar copias de toda la documentación para respaldar cualquier reclamo por reembolso de millas. Comprendo que Texas Children's Health Plan y Veyo tienen derecho a revisar todo reclamo por reembolso de millas para asegurarse de que se pueda pagar. También tienen derecho a pedirme más información sobre cualquier viaje por el que solicite un reembolso.

Firma del conductor ITP

Fecha

**Envíe el formulario original firmado a Veyo por correo postal.
Guarde una copia para sus registros. Puede presentar formularios completos por correo electrónico, correo postal o fax:**

Correo electrónico: mrb@veyo.com

Fax: 1-855-667-2557

Correo postal: Veyo, Attn: Mileage Reimbursement

10010 N 25th Ave. Ste 400

Phoenix, AZ 85021