



## Lista de documentos para la inscripción del Participante en el Transporte Individual (ITP)

Use esta lista para asegurarse de que ha completado y enviado todo lo necesario para inscribirse como un ITP. **No se autorizará ningún viaje hasta que todos los documentos estén aprobados.**

Si necesita ayuda para llenar estos formularios, llame al Centro de Contacto de al **855-687-3255**.

- Una copia de la Hoja de información del ITP completa  
*(Por favor, llene todo y marque N/A si una pregunta no se aplica a su caso).*
  - Una copia de la Hoja de información del cliente/ITP completa
  - Una copia de su licencia de manejar vigente y válida
  - Una copia de la tarjeta de seguro de automóvil vigente y válida
  - Una copia de su tarjeta de Seguro Social
  - Una copia de registro vehicular y de inspección  
**Importante:** El nombre en su licencia de manejar y tarjeta de Seguro Social tiene que ser el mismo.
- 

### Reciba su dinero más rápido con la Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)

Para que se le pague más rápido con depósito directo a su cuenta bancaria, llene el formulario de notificación de EFT en la página 5 de esta solicitud.

---

### Envíe todos los formularios a

ATTN:  
12234 N. Interstate 35  
Plaza 35, Building B, Suite 175  
Austin, TX78753

**Nota:** Por favor, guarde una copia para sus archivos.

## Hoja de información del ITP

El propósito del formulario es obtener datos para inscribir a un ITP. Tiene que llenar este formulario completamente y firmarlo. Por favor, use tinta negra o azul. Firma original solamente; no se aceptará una firma estampada ni copiada.

<b>Tipo de ITP: Yo mismo/otro:</b>		<b>Número de teléfono: (si necesitamos comunicarnos con usted)</b>	
<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Otro		(      )	
<i>Tiene que ser igual al de la licencia de manejar.</i>			
<b>Apellido:</b>		<b>Nombre:</b>	
		<b>Inicial del segundo nombre:</b>	
<b>Número de Seguro Social: (Por favor, adjunte una copia de la tarjeta).</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Número de licencia de manejar:</b> <i>(Por favor, adjunte una copia de la licencia de manejar).</i>		<b>Fecha de emisión de la licencia:</b> <i>MM/DD/AAAA</i>	<b>Fecha de vencimiento de la licencia:</b> <i>MM/DD/AAAA</i>
<b>Dirección física:</b> <i>Donde vive usted. (Tiene que dar una dirección física. No se aceptan apartados postales). Número, calle, ciudad, estado y código postal.</i>			
<b>Dirección postal:</b> <i>Número, calle, ciudad, estado y código postal.</i>			

**Importante:** El nombre en su licencia de manejar y tarjeta de Seguro Social tiene que ser el mismo.

<b>Información del vehículo y del seguro</b>		
<b>Número de identificación del vehículo (VIN):</b> <i>Por favor, dé el VIN del vehículo que se usa para el transporte.</i>		<b>Número de placa:</b>
<b>Póliza de seguro de automóvil:</b> <i>Por favor, adjunte una copia de la tarjeta de seguro de la aseguradora. El vehículo que se usa para transportar al cliente tiene que figurar en la póliza de seguro.</i>		<b>Fecha de emisión de la póliza:</b> <i>MM/DD/AAAA</i>
		<b>Fecha de vencimiento de la póliza:</b> <i>MM/DD/AAAA</i>

## Hoja de información del cliente/ITP

Si usted se transporta a sí mismo o transporta a los miembros de su familia, llene la **Sección 1**; deje la **Sección 2 en blanco**.

Si usted transporta a una persona que no sea usted o un miembro de su familia, llene la **Sección 1 y la Sección 2**.

### Sección 1

Nombre del cliente: <i>(la persona a quien va a transportar)</i>	Núm. de identificación de Medicaid:	FDN del cliente: <i>MM/DD/AAAA</i>	Relación con el ITP:
			<input type="checkbox"/> Es un familiar <input type="checkbox"/> No es un familiar <input type="checkbox"/> Yo mismo

### Sección 2 *(Datos personales sobre el ITP)*

**¿Está actualmente acusado o se le ha condenado de un delito (excluyendo multas de tránsito de delito menor de clase C)?**

“Condenado” significa que:

(a) Un tribunal federal, estatal o local ha dictado sentencia condenatoria contra una persona, sin importar que:

(1) Esté pendiente una moción posterior al juicio o una apelación; o

(2) Se haya borrado o eliminado la sentencia condenatoria u otros antecedentes relacionados con la conducta delictiva;  Sí  No

(b) Un tribunal federal, estatal o local ha declarado culpable a una persona;

(c) Un tribunal federal, estatal o local ha aceptado una declaración de culpabilidad o no lo contendere (no me opongo) de una persona, o

(d) Una persona ha aceptado participar en un programa para delincuentes sin antecedentes, de aplazamiento de la sentencia u otro programa o acuerdo en el cual no se asienta la sentencia condenatoria.

*Si contesta “Sí”, dé los detalles completos, entre ellos: la fecha, el estado y el condado donde ocurrió la condena, el número de causa y de qué lo condenaron específicamente. (Adjunte hojas adicionales si es necesario).*

## Términos y condiciones de participación

### *Términos y condiciones de participación*

1. Antes de que un ITP transporte a un cliente, el cliente tiene que recibir la aprobación de Logisticare para el transporte. El cliente tiene que llamar al 1-855-687-3255 para recibir esta aprobación antes del viaje; de lo contrario, no se le pagará al ITP.
2. El cliente tiene que pedirle al doctor que firme el Registro de servicio del ITP y el ITP tiene que firmarlo también.
3. La cantidad del reembolso (pago) del millaje se basa en el millaje calculado por Logisticare usando un sistema reconocido a nivel nacional que determina la distancia más corta del viaje. No se basa en el número de clientes que reciben transporte. Al ITP se le pagará de acuerdo a la tasa de millaje por vehículo, establecida por la legislatura de Texas para los empleados del estado, que esté vigente en el momento del viaje.
4. Todos los pagos a un ITP se reportarán al Servicio de Impuestos Internos (IRS).
5. En cada viaje, el ITP tiene que tener la licencia de manejar, el seguro de vehículo, la inspección del vehículo y el registro del vehículo, válidos y vigentes.
6. La solicitud de pago tiene que presentarse dentro de los 95 días de la fecha del viaje.

### **Certificación:**

*Certifico que he leído los términos y condiciones para ser un Participante en el Transporte Individual (ITP) y que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que tengo que cumplir con los términos y condiciones de participación y mantener la documentación para respaldar cualquier solicitud de reembolso del millaje y que la HHSC o se reserva el derecho de pedir y verificar la documentación que respalda la solicitud.*

Firma del Participante en el Transporte Individual (ITP)	Fecha
<b>Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)</b> Para inscribirse para la EFT, complete la sección a continuación y adjunte un cheque cancelado o una carta firmada de su banco con membrete del banco.	
<b>Tipo de autorización:</b>	
<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Cambio	
<b>Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>
<b>Inicial del segundo nombre:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<i>Calle, ciudad, estado y código postal.</i>	
<b>Número de teléfono:</b>	
(   )	
<b>Datos bancarios:</b>	
<b>Nombre del banco:</b>	<b>Teléfono del banco:</b>
<b>Dirección del banco:</b>	
<b>Número de ABA/tránsito (ruta):</b>	<b>Número de cuenta bancaria:</b>
<b>Tipo de cuenta</b>	
<i>Marque uno</i>	
<input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros	
<p>Por la presente autorizo a Logisticare para que presente transacciones de crédito en la cuenta bancaria mencionada antes, y a la institución depositaria nombrada antes para que acredite las mismas a dicha cuenta. Entiendo que soy responsable de la validez de la información en este formulario. Si la empresa erróneamente deposita fondos en mi cuenta, autorizo a la empresa para que presente las transacciones de débito necesarias, que no sobrepasen el total de la cantidad original acreditada.</p> <p>Entiendo que los pagos solicitados se harán con fondos estatales y federales, y que falsificar u ocultar un dato pertinente puede ser motivo de acción judicial bajo las leyes estatales y federales.</p> <p>Continuaré manteniendo la confidencialidad de los registros y otra información relacionada con el cliente de acuerdo con las leyes, normas y reglamentos estatales y federales aplicables.</p>	
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>

**Devuelva este formulario a:**



Logisticare  
ATTN: Compliance  
12234 N. Interstate 35, Suite 175  
Austin, TX 78753