

Estimado(a) Participante de Transporte Individual,

De parte de ModivCare, le doy la bienvenida como posible Participante Individual del Transporte (ITP) y espero que los servicios de transporte le resulten gratificantes.

Se adjuntan los siguientes elementos de inscripción necesarios para completar el proceso de solicitud:

- Paquete de Inscripción ITP
- Formulario de divulgación y autorización (**solo para miembros que no son familiares**)
- Reconocimiento y autorización de verificación de antecedentes (**solo para no miembros de la familia**)

Lea **TODA** la información adjunta detenidamente y devuelva las copias originales firmadas a la dirección proporcionada en el paquete de inscripción.

Para cualquier solicitud con un estado civil de "No miembro de la familia", ModivCare se vera en la necesidad de llevar a cabo una verificación de antecedentes penales y una verificación de antecedentes de conducción de vehículos de motor en nombre del participante.

Atentamente,

Dennis Halmai
Director de Operaciones, Transporte
ModivCare

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

Use esta lista para asegurarse de que ha completado y enviado todo lo necesario para inscribirse como un IIP. **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 IIP 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/IIP 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 ModivCare

ATTN: ModivCare
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.

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

Información del vehículo y del seguro		
Número de identificación del vehículo (VIN): <i>Por favor, dé el VIN del vehículo que se usa para el transporte.</i>	Número de placa:	
Póliza de seguro de automóvil: <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>	Fecha de emisión de la póliza: MM/DD/AAAA	Fecha de vencimiento de la póliza: MM/DD/AAAA

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: <small>MM/DD/AAAA</small>	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** Si No
relacionados con la conducta delictiva;
- 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 contenderé (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 “SI”, 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 ModivCare 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 ModivCare 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

Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)

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.

Tipo de autorización:

Nueva Cambio

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Inicial del segundo nombre:** _____

Dirección:

Calle, ciudad, estado y código postal.

Número de teléfono:

()

Datos Bancarios:

Nombre del Banco:

Teléfono del Banco:

Dirección del banco:

Número de ABA/tránsito (ruta):

Número de Cuenta Bancaria:

Tipo de Cuenta

Marque uno

Cheques Ahorros

Por la presente autorizo a ModivCare 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.

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.

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.

Firma:

Fecha:

Devuelva este formulario a:

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

Registro de servicio del ITP

Nombre del cliente:	Teléfono del cliente:	Núm. de Medicaid del cliente:
	()	
Nombre del ITP:	Teléfono del ITP:	Número ITP MTI:
	()	

Viaje #1			
De:	A:	Millas:	Cantidad:
De:	A:	Millas:	Cantidad:
Número de autorización:	Fecha/hora de la cita:	Total de millas:	Cantidad total:
NPI del proveedor de atención médica:	Teléfono del proveedor de atención médica:	Nombre del proveedor de atención médica:	
	()		
Certifico que se atendió a este paciente para brindarle un servicio de atención médica cubierto por Medicaid/CSHCN.	Firma y título del proveedor de atención médica:		Fecha en que se firmó:
	□		

Viaje #2			
De:	A:	Millas:	Cantidad:
De:	A:	Millas:	Cantidad:
Número de autorización	Fecha/hora de la cita:	Total de millas:	Cantidad total:
NPI del proveedor de atención médica:	Teléfono del proveedor de atención médica:	Nombre del proveedor de atención médica:	
	()		
Certifico que se atendió a este paciente para brindarle un servicio de atención médica cubierto por Medicaid/CSHCN.	Firma y título del proveedor de atención médica:		Fecha en que se firmó:
	□		

Conductores ITP: Tengan en cuenta que el millaje permitido para el cual se puede solicitar reembolso está preimpreso en el formulario.

DECLARACIÓN JURADA: Esto es para certificar que la información anterior es verdadera, exacta y completa. Entiendo que este pago solicitado se hará 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. Por la presente certifico que esta solicitud de pago no contiene declaración dolosa ni falsificación alguna y que la información que he dado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. **Certifico que he cumplido con todas las condiciones del Acuerdo del Participante en el Transporte Individual durante la prestación del servicio de transporte para el cual estoy solicitando reembolso.**

Firma del Participante en el Transporte Individual (ITP)

Fecha

Envíe todos los formularios a ModivCare
ATTN: Claims
12234 N. Interstate 35
Plaza 35, Building B, Suite 175
Austin, TX 78753