

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,

David Heckel  
Director sénior, Servicios al cliente  
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 **866-824-1565**.

**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, TX 78753

**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> MM/DD/AAAA	<b>Fecha de vencimiento de la licencia:</b> MM/DD/AAAA
<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> MM/DD/AAAA	<b>Fecha de vencimiento de la póliza:</b> 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 1-866-824-1565 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

## Registro de servicio del ITP

<b>Nombre del cliente:</b>	<b>Teléfono del cliente:</b>	<b>Núm. de Medicaid del cliente:</b>
	(    )	
<b>Nombre del ITP:</b>	<b>Teléfono del ITP:</b>	<b>Número ITP MTI:</b>
	(    )	

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

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

**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**