



CalOptima Health

미성년자 운송 동의서

나, _____ (부모 또는 보호자 이름 삽입)는 CalOptima Health의 비의료 운송(NMT) 또는 비용급 의료 운송(NEMT) 서비스 제공자가 나의 미성년자 부양 가족인 _____ (회원 이름 삽입)을(를) 운송하는 것을 허락합니다. 본인이 허락함으로써 운송 서비스 제공자가 부모나 법적 보호자를 동반하지 않고 승인된 약속 장소로 미성년자 부양가족을 수송할 수 있음을 이해합니다.

본인은 미성년자 운송 동의서를 읽고 이해했습니다. 본인은 이것으로 CalOptima Health의 NMT 또는 NEMT 제공자가 위에 언급된 미성년자 부양가족을 수송할 수 있는 권한을 부여합니다.

부모 또는 법적 보호자로서 나는 위에 언급된 미성년자가 취한 모든 개인적 행동에 대해 법적 책임을 집니다.

미성년자 운송 동의서는 서명일로부터 1년간 유효합니다.

미성년자 부양가족 성: _____

미성년자 부양가족 이름: _____

미성년자 부양가족 CalOptima Health CIN 번호: _____

미성년자 부양가족 생년월일: _____

부모 또는 법적 보호자 이름 정자체: _____

날짜: _____

부모 또는 법적 보호자 서명

응급상황 연락처 이름: _____

응급상황 연락처 번호: _____

양식을 mcalenrollment@caloptima.org로 이메일하시기 바랍니다.