

Nombre del Empleado (ACW)	Nombre del Miembro

Instrucciones: Completar este formulario y adjuntar los documentos solicitados SOLO si el ACW proporcionará servicios de apoyo que requieran manejar un vehículo. Si el ACW no proporcionará estos servicios, completar el Formulario de confirmación de que no se proporcionarán servicios de manejo. Por favor, presentar solo uno de estos dos formularios, conforme a su situación.

Para que un ACW reciba el pago por los servicios que requieran manejar un vehículo, el reglamento del programa exige lo siguiente:

1. Los servicios de apoyo deben estar aprobados por el Administrador del Caso y/o autorizados en el plan de atención individualizado del Miembro.
2. El vehículo utilizado para prestar los servicios que requieran manejar un vehículo siempre debe contar con un seguro válido y vigente.
3. La licencia de conducir del ACW y el comprobante del seguro del vehículo manejado deben estar en el expediente de Consumer Direct Care Network («CDCN»). Si estos no se presentan y actualizan según sea necesario, el ACW no podrá cobrar los servicios de manejo.

Solo se autoriza manejar para los servicios de apoyo que se detallan en el plan de atención del Miembro. No se pagará al ACW por servicios de manejo diferentes de los aprobados por el Administrador del Caso con antelación a la prestación de los servicios. Asimismo, el programa no considera el pago de los gastos relacionados con el manejo de un vehículo, como millaje o combustible.

Documentos solicitados

Por favor, adjuntar una fotocopia de los siguientes documentos:

Licencia de conducir del ACW

Estado: _____ Número: _____ Fecha de vencimiento: _____

Comprobante del seguro (Se exige el seguro del vehículo utilizado para los servicios que requieran manejar un vehículo. El seguro debe cumplir los requisitos mínimos del estado para la cobertura del seguro de los vehículos).

Fecha de vencimiento: _____ Propietario del vehículo: _____

Reconocimiento

Al firmar a continuación, me comprometo a cumplir los requisitos detallados arriba, y a comunicarme con CDCN si hay alguna modificación en la licencia de conducir o el seguro del vehículo.

Firma del ACW

Fecha

Firma del Miembro/Representante Fecha

