



# CalOptima Health

## Mẫu Đơn Chấp Thuận Dịch Vụ Chuyên Chở Trẻ Vị Thành Niên

Tôi, \_\_\_\_\_ (điền tên của phụ huynh hoặc người giám hộ), đồng ý cấp phép cho trẻ vị thành niên phụ thuộc của tôi, \_\_\_\_\_ (điền tên của thành viên), được nhà cung cấp dịch vụ Chuyên Chở Không Liên Quan đến Y Tế (Non-Medical Transportation, NMT) hoặc Chuyên Chở Y Tế Không Cấp Cứu (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) của CalOptima Health chuyên chở. Tôi hiểu rằng bằng cách cấp phép, tôi cho phép các nhà cung cấp dịch vụ chuyên chở được chuyên chở trẻ vị thành niên phụ thuộc của tôi đến các buổi hẹn đã được chấp thuận mà không có phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp đi cùng.

Tôi đã đọc và hiểu Mẫu Đơn Chấp Thuận Dịch Vụ Chuyên Chở Trẻ Vị Thành Niên. Do đó tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ NMT hoặc NEMT của CalOptima Health được chuyên chở trẻ vị thành niên phụ thuộc có tên ở trên.

Với tư cách là phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp, tôi vẫn chịu trách nhiệm về mặt pháp lý cho bất kỳ hành động cá nhân nào mà trẻ vị thành niên có tên ở trên thực hiện.

Mẫu Đơn Chấp Thuận Dịch Vụ Chuyên Chở Trẻ Vị Thành Niên có hiệu lực trong 1 năm kể từ ngày ký.

**Họ của Trẻ Vị Thành Niên Phụ Thuộc:** \_\_\_\_\_

**Tên của Trẻ Vị Thành Niên Phụ Thuộc:** \_\_\_\_\_

**Số CIN CalOptima Health của Trẻ Vị Thành Niên Phụ Thuộc:** \_\_\_\_\_

**Ngày Sinh của Trẻ Vị Thành Niên Phụ Thuộc:** \_\_\_\_\_

**Tên Viết In của Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ Hợp Pháp:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ngày:** \_\_\_\_\_

**Chữ Ký của Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ Hợp Pháp**

**Tên Liên Hệ Khẩn Cấp:** \_\_\_\_\_

**Số Điện Thoại Liên Hệ Khẩn Cấp:** \_\_\_\_\_

Vui lòng gửi qua email mẫu đơn này tới [mcalenrollment@caloptima.org](mailto:mcalenrollment@caloptima.org).