Paratransit Services

Nombre del cliente: _____

Nombre del tutor legal (si procede): _____

Fecha de nacimiento del cliente: _____

Yo, _____, (*cliente/tutor legal*) por la presente autorizo a la(s) persona(s) que se nombra(n) a continuación a actuar en mi nombre en todos los asuntos relativos al transporte financiado de Medicaid.*

Nombre: _____

Relación con el cliente: _____

Nombre: _____

Relación con el cliente: _____

Nombre: _____

Relación con el cliente: _____

_____

Firma/Fecha del cliente o tutor legal

*A menos que se indique lo contrario, esta autorización tiene vigencia indefinida.

Paratransit Services
4810 Auto Center Way
Bremerton, WA 98312
FAX: 1-855-742-5078