

Formulario de inscripción de conductores

Recuerde incluir una fotocopia de su licencia de conducir, el registro vehicular y una prueba del seguro del vehículo cuando envíe este formulario. No se aprobarán los formularios presentados sin estos archivos adjuntos.

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR (adjunte una fotocopia de la licencia de conducir).		
Nombre	Apellido	
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono	
Dirección física (debe coincidir con la dirección que figura en la licencia de conducir. No se aceptan apartados de correos).		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de licencia del conductor	Fecha de expiración	Estado emisor
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	

Relación con el miembro Amigo Familiar Otro _____

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO (adjunte una copia de su tarjeta de seguro y el registro vehicular. El vehículo que se registra debe figurar en la póliza de seguro).		
Número de póliza de seguro del vehículo	Fecha de emisión de la póliza	Fecha de expiración de la póliza
Número de identificación del vehículo (VIN)	Número de matrícula del vehículo	

DATOS DE LOS MIEMBROS (no puede incluir más de cinco (5) miembros. Si desea modificar la lista, deberá volver a presentar su inscripción).		
Nombre del miembro	Identificación de Medicaid:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
N.º 1		
N.º 2		
N.º 3		
N.º 4		
N.º 5		

Formulario de inscripción de conductores

INFORMACIÓN DE PAGO (elijá solo una opción de pago).

Depósito directo *RECOMENDADO (puede esperar recibir el pago en 1 a 2 semanas).

Nombre del titular de cuenta	Tipo de cuenta bancaria <input type="checkbox"/> De ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	
Número de ruta	Número de cuenta	

Cheque físico (puede esperar recibir el pago por correo postal en 4 a 6 semanas).

Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal

Adjuntos requeridos:

- una copia de su licencia de conducir actual y válida
- una copia de su tarjeta de seguro del vehículo actual y válida
- una copia del registro vehicular

Términos y condiciones de participación

1. Antes de trasladar a un miembro de Medicaid a su cita, el miembro debe obtener primero la aprobación del transporte por parte de Veyo. El miembro puede programar su viaje llamando a Veyo al 1-855-369-3723 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
2. En la cita, el médico sellará o firmará el Formulario de reembolso de gasolina.
3. Recibirá un pago de reembolso de gasolina por cada viaje de ida y vuelta, incluso si traslada a más de un miembro.
4. Veyo utilizará un programa informático para determinar la distancia más corta en millas que debe recorrer durante el viaje. El monto del pago de reembolso de gasolina se basa en este cálculo del millaje. Se le pagará por milla. La tasa de pago por milla se basa en la tasa de millaje vigente para los empleados estatales. El órgano legislativo de Louisiana establece dicha tasa.
5. Veyo informará todos los pagos de conductores al Servicio de Impuestos Internos (IRS).

6. A fin de permanecer inscrito en el programa, debe tener una licencia de conducir actual y válida y un seguro del vehículo, y contar con una inspección y un registro vehicular.
7. El Formulario de reembolso de gasolina completo se debe presentar en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que el miembro haya realizado el viaje. No se pagarán los formularios que se reciban después de esta fecha límite. *Por ejemplo, si el viaje se realizó el 1 de enero, Veyo debe **recibir** el formulario a más tardar el 31 de diciembre.*

Atestación:

Al firmar abajo, declaro que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. He leído los términos y condiciones arriba mencionados. Comprendo que debo cumplir estos términos y condiciones para participar en el programa.

Comprendo que debo conservar mis propias copias de toda la documentación para respaldar cualquier reclamación de reembolso de gasolina. Entiendo que el Departamento de Salud de Louisiana (LDH) y Veyo tienen derecho a revisar cualquier reclamación de reembolso de gasolina para asegurarse de que se pueda abonar. También tienen derecho a solicitarme más información sobre los viajes que se envían para solicitar su reembolso.

Firma del conductor del reembolso de gasolina

Fecha

**Envíe el formulario original con su firma a Veyo.
Archive una copia.**

**Puede presentar los formularios completos por correo
electrónico, correo postal o fax:**

Correo electrónico: mrb@veyo.com

Fax: 1-855-667-2557

Correo postal: MTM Inc. - Veyo

Attn: Gas Reimbursement

16 Hawk Ridge Dr., Lake Saint Louis, MO 63367