Programa de reembolso por millaje para familiares y amigos
Formulario de registro de nuevo conductor

INSTRUCCIONES

- Debe registrarse como conductor/a si conduce usted mismo/a o lleva a un familiar o amigo a una cita médica para que se apruebe el reembolso.
- Se debe completar un **Formulario de registro de nuevo conductor** para cada conductor individualmente.
- Recuerde incluir una fotocopia de su licencia de conducir (anverso y reverso) al enviar el Formulario de registro de nuevo conductor.
- Cualquier formulario enviado con información incompleta o sin archivos adjuntos será rechazado.

INFORMACIÓN DEL/DE LA CONDUCTOR/A		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
Dirección física (debe coincidir con la dirección que figura en la licencia de conducir. No se aceptan apartados postales).		
N.º de licencia de conducir	Fecha de nacimiento	Fecha de emisión
Fecha de nacimiento del/de la conductor/a (MM/DD/AAAA)	Relación con el/la miembro: ○ Él mismo/Ella misma ○ Familiar ○ Amigo/a	
INFORMACIÓN DEL/DE LA MIEMBRO		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
Dirección física (debe coincidir con la dirección registrada en el Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado de New Hampshire)		
Fecha de nacimiento del/de la miembro (MM/DD/AAAA)		
INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO		
Número de matrícula del vehículo		Fecha de emisión
VERIFICACIÓN DEL/DE LA CONDUCTOR/A		
Firma del/de la conductor/a		Fecha de finalización

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR

☐Una copia de su licencia de conducir vigente y válida (anverso y reverso).

DECLARACIÓN DEL/DE LA MIEMBRO

Yo, el/la miembro, entiendo y acepto lo siguiente: (iniciales junto a cada declaración)

___ *La participación en el Programa para familiares y amigos es voluntaria y un privilegio, y que el incumplimiento de cualquiera de las normas del programa puede dar lugar a mi expulsión inmediata de este programa de reembolso por millaje.*

___ *El fraude al programa Medicaid es un delito grave y las solicitudes fraudulentas de reembolso en el marco de este programa pueden dar lugar a sanciones penales de hasta 7 años de prisión estatal.*

___*Si me mudo, debo actualizar y proporcionar constancia de mi nueva dirección a [Medicaid] antes de enviar mi próximo formulario de reembolso.*

___*El/la conductor/a debe tener una licencia de conducir válida para recibir el reembolso en virtud de este programa.*

___ *Conducir sin licencia, conducir con la licencia suspendida o conducir siendo considerado/a infractor/a habitual son delitos en New Hampshire, y las declaraciones realizadas en el marco de este programa pueden ser y serán utilizadas en mi contra en un proceso penal.*

___ *Si el Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire o sus socios tienen motivos para sospechar de posibles infracciones del Programa para Familiares y Amigos, entiendo que se podrá verificar mi historial como conductor/a, mis antecedentes de tráfico y/o mis antecedentes penales.*

___ *Tener antecedentes penales o de tráfico no me impide necesariamente participar en este programa.*

___ *Mi participación en este programa se regirá de conformidad con la Norma Administrativa He-W 574 del Departamento de Salud y Servicios Humanos.*

CERTIFICACIÓN DEL/DE LA MIEMBRO	
Firma del/de la miembro	Fecha de finalización

La persona que suscribe el presente documento acepta todas las declaraciones inicializadas anteriormente y declara bajo juramento que toda la información contenida en esta solicitud y en los documentos adjuntos es verdadera y precisa, y que cualquier falsedad material contenida en el presente documento puede dar lugar a un proceso judicial por falso testimonio en virtud de la ley RSA 641.

Documentación que debe incluirse en esta solicitud

☐ Fotocopia de la licencia de conducir del/de la conductor/a o los conductores (anverso y reverso).

Puede enviar los formularios completados y los anexos a MTM por:
Correo electrónico: nhgmr@mtm-inc.net
Fax: 1-844-239-5971
Correo postal: MTM, Inc.
Attn: Credentialing
16 Hawk Ridge Circle
Lake St. Louis, MO 63367