

MEDICAL TRANSPORTATION ASSISTANCE NOTICE OF RIGHTS/RESPONSIBILITIES

The following information regarding medical transportation was explained to me. I understand that:

- If I am authorized and receiving Medicaid or have been authorized for presumptive Medicaid, and do not have a way to get to the doctor or to other medical services, _____ County Department of Social Services will help me obtain suitable transportation.
- I understand that I am **not** eligible for transportation assistance:
 - if I am authorized for Medicare-Aid (M-QB) only;
 - while my application is pending (before a decision is made)
 - while I am trying to meet a deductible for Medicaid; OR
 - while I am authorized for NCHC.
- I understand that if transportation is provided, it will be to my primary care physician or the nearest appropriate medical provider, by the least expensive method suitable to my individual needs.
- If approved for transportation assistance, I must request trip assistance as far in advance of my appointment(s) as possible (at least 3 business days in advance for local trips and 5 business days in advance for out of town trips is preferred). Failure to provide adequate advance notice of my need for trip assistance may result in my having to reschedule my appointment(s).
- If approved for Medicaid Transportation, I understand that I must be waiting to be picked up at the designated time and place. If I am not present at the designated time and place to be picked up, that trip may be counted as a “no show.” Three “no shows” for pick up may result in a one month suspension from Medicaid Transportation.
- If I engage in conduct which jeopardizes the safety of other passengers and/or the driver my transportation services will be suspended.
- I have the right to a written notice within 10 work days if my request for a transportation trip is denied, and I have the right to have a local hearing to appeal the decision if I disagree.

The North Carolina Department of Health and Human Services does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age or disability in employment or the provision of services.

Transportation Options - (Please check one.)

- [] 1. I will contact the department of social services if I need help with transportation after I receive a letter approving my Medicaid application.
- [] 2. I wish to request assistance with transportation at this time.

I understand my rights and options regarding Medicaid transportation as explained above.

Signature: _____ Date: _____

Agency Representative: _____

ASISTENCIA DE TRANSPORTE MÉDICO NOTICIA DE DERECHOS/RESPONSABILIDADES

Se me ha explicado la siguiente información en relación al transporte médico. Comprendo que:

- Si estoy autorizado y recibo Medicaid o he sido autorizado para Medicaid presunto, y no tengo forma para llegar al doctor u otros servicios médicos, el Departamento de Servicios Sociales del Condado de _____ me ayudará a obtener un transporte adecuado.
- Comprendo que **no** soy elegible para asistencia de transporte:
 - si estoy autorizado únicamente para Medicare-Aid (M-QB);
 - mientras que mi aplicación esté pendiente (antes de realizar mi decisión)
 - mientras que intento cumplir con el deducible de Medicaid; o
 - mientras que estoy autorizado para NCHC.
- Comprendo que si se provee transporte, será a mi médico principal o al proveedor médico apropiado más cercano, el método menos costoso apropiado para mis necesidades individuales.
- De ser aprobado para asistencia con el transporte, debo requerir asistencia con el viaje mucho antes de mi cita(s) como sea posible (por lo menos 3 días laborales antes para viajes locales y 5 días laborales antes si es fuera de la ciudad). No proveer una noticia por adelantado de mi necesidad de ayuda con el viaje, podrá resultar en que tenga que volver a programar mi cita(s).
- De ser aprobado por el Transporte Medicaid, comprendo que debo estar esperando para ser recogido en el lugar y hora designado. Si no estoy presente en el tiempo y lugar designado para ser recogido, ese viaje podrá ser contado como “ausente”. Tres “ausencias” para ser recogido podrán resultar en la suspensión de un mes del transporte Medicaid.
- Si me comporto de manera que arriesga la seguridad de otros pasajeros y/o el conductor, mis servicios de transporte serán suspendidos.
- Tengo derecho a una noticia por escrito dentro de los 10 días laborales si mi solicitud de transporte es negada, y tengo el derecho a una audiencia local para apelar la decisión si no estoy de acuerdo.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos no discrimina en base de raza, color, origen nacional o discapacidades en empleo o provisión de servicios.

Opciones de transporte - (Por favor seleccione una.)

- [] 1. Contactaré al departamento de servicios sociales si necesito ayuda con el transporte después de recibir una carta donde se haya aprobado mi solicitud de Medicaid.
- [] 2. Yo deseo solicitar ayuda con el transporte por este momento.

Comprendo que mis derechos y opciones en relación al transporte de Medicaid han sido explicados previamente.

Firma: _____ Fecha: _____

Representante de la Agencia: _____