



### Inscripción de beneficiario de reembolso de combustible

Llene el formulario completo abajo. Los formularios incompletos se devolverán, lo que implicará una demora en la fecha de inscripción. Imprima este formulario.

Información del conductor  Sr.  Sra.  Srta. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre completo \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido de soltera (si corresponde)

Dirección postal\* \_\_\_\_\_  
Calle o P.O. Box Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico Número de teléfono Número de Seguro Social

#### Transportaré a las siguientes personas (límite de 5 en total)

Nombre del beneficiario de Medicaid	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Núm. de identificación de Medicaid											
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													

Marque las casillas y complete la información abajo:

A. Tengo una licencia de conducir actual de Louisiana que no está suspendida ni revocada.  Sí  No Núm. de licencia: \_\_\_\_\_

B. Tengo el comprobante de inspección del estado de Louisiana en el vehículo.  Sí  No Núm. de patente: \_\_\_\_\_

C. Tengo un seguro contra terceros; el mínimo requerido.  Sí  No Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

**Certifico que la información indicada arriba es verdadera y correcta. Comprendo que cualquier declaración fraudulenta respecto de esta información puede conllevar la imposición de multas, sanciones o el encarcelamiento.**

Nombre del conductor en letra de imprenta

Firma del conductor

Fecha de suscripción

\*Recuerde que los conductores no pueden transportar a los miembros que residen en su domicilio.

Envíe este formulario completo, junto con la copia de la licencia de conducir actual, el registro y la tarjeta del seguro, por correo electrónico, a **Gas@Callmeditrans.com**, o por correo postal, aquí:

Medi Trans

Attention: Gas Reimbursement

115 Hansel St. New Iberia, LA 70560

¿Necesita ayuda con su cuidado de la salud? ¿Necesita ayuda para leer lo que le enviamos o para hablar con nosotros? Llámenos al número gratuito 1-844-521-6941 (TTY 711) para conseguir esta información sin costo en otros idiomas o formatos.

**[www.myhealthybluela.com](http://www.myhealthybluela.com)**

Healthy Blue es el nombre comercial de Community Care Health Plan of Louisiana, Inc., un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.