



Individual Transportation Participant (ITP)

Thank you for your interest in using an Individual Transportation Participant (ITP). An ITP can be reimbursed for driving you to your health care appointments. The enclosed enrollment packet includes the documents the ITP must submit to One Call. Refer to the ITP Enrollment Checklist for a list of required items. These items must be processed and approved by the state of Texas. The ITP cannot take any trips until the items are approved.

An ITP could be either of the following:

- ITP (Self): A Medicaid client who transports him/herself to a health care appointment using a personal vehicle OR an individual who transports a family member who is a Medicaid client using a personal vehicle
- ITP (Other): An individual who transports non-related Medicaid clients to a health care appointment using a personal vehicle; these individuals must undergo a Criminal History check

The ITP must show on the ITP Information Page if they are applying as “Self” or “Other.”

The required information must only be provided for the person who will be driving.

For help filling out these forms, call One Call Contact Center at 1-833-694-5881. Please return the following documents with your application:

- A copy of your completed Enrollment Form
(All fields must be completed)
- A copy of your current and valid Driver’s License
(Driver’s mailing address must match the address on the driver’s license. Post office boxes are not accepted)
- A copy of your current and valid auto insurance card
- A copy of your Social Security card
- A copy of vehicle registration and inspection

Important: The name listed on your driver’s license and Social Security card must be the same.

All documents must be mailed together to Driscoll Health Plan c/o One Call at:

Driscoll Health Plan c/o One Call
P.O. Box 896
Elk Grove Village, IL 60009-0896
Fax: 1-904-394-8346

Driscoll Health Plan c/o One Call
P.O. Box 896, Elk Grove Village, IL 60009-0896
Fax: 1-904-394-8346



Note: Please retain a copy for your records.

Individual Transportation Participant (ITP) Enrollment Form

The purpose of the form is to obtain data to sign up to be an ITP. You must fill out this entire form and sign it. Please use blue or black ink. Original signature only, copies or stamped signature will not be accepted.

DRIVER INFORMATION

Must match Driver's License

Last Name	First Name	Middle Initial
Social Security Number	Date of Birth	Telephone Number
ITP Status: Self/Other <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Other		

DRIVER'S LICENSE INFORMATION

Driver's License Number	License Issue Date <i>MM/DD/YYYY</i>	License Exp. Date <i>MM/DD/YYYY</i>
-------------------------	---	--

DRIVER'S HOME ADDRESS

(This is where you live. You must give a street address. PO boxes will not be accepted)

Street Address		
City	State	Zip

VEHICLE & INSURANCE INFORMATION

Vehicle Identification Number (VIN#)	License Tag	
Auto Insurance Policy Number <i>Please attach a copy of insurer insurance card. The vehicle used to transport the client must be listed on policy.</i>	Policy Issue Date <i>MM/DD/YYYY</i>	Policy Exp Date <i>MM/DD/YYYY</i>

Driscoll Health Plan c/o One Call
P.O. Box 896, Elk Grove Village, IL 60009-0896
Fax: 1-904-394-8346

If you are driving yourself or family members only, fill out **Section 1**, leave **Section 2** blank.

If you are driving a person other than yourself or a family member, fill out **Section 1** and **Section 2**.

Section 1 - Client/ITP Information Page			
Names of Medicaid Members you will be driving: <i>You may include no more than 5. If you wish to change your list, you must re-submit your enrollment.</i>	Member Medicaid ID #	Member Date of Birth MM/DD/YYYY	Relationship to Member
1.			<input type="checkbox"/> Friend <input type="checkbox"/> Family Member <input type="checkbox"/> Self
Section 2 - Facts about the ITP			
<p>Are you currently charged with or have you even been convicted of a crime (excluding Class C misdemeanor traffic citations)? <i>“Convicted” means that:</i> (a) A judgment of conviction has been entered against an individual by a Federal, State or local court, regardless of whether: (1) There is a post-trial motion or an appeal pending; or (2) The judgment of conviction or other record relating to the criminal conduct has been expunged or otherwise removed; (b) A Federal, State or local court has made a finding of guilt against an individual; (c) A Federal, State or local court has accepted a plea of guilty or nolo contendere by an individual, or (d) An individual has entered into participation in a first offender, deferred adjudication or other</p>			
<p>Check One: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>			
Terms and Conditions of Participation			
<ul style="list-style-type: none"> • Prior approval must be obtained by member prior to trip. • The member must have the doctor sign the gas reimbursement form. • The mileage payment amount is \$0.56 per mile. • The claim form must be submitted within 30 days from the date of the ride. • Driver must have current and valid: <ul style="list-style-type: none"> a. driver’s license, b. vehicle insurance, c. vehicle inspection, d. vehicle registration 			



Attestation <i>I hereby certify that all of the information given above is true and correct.</i>	
Signature of Gas Reimbursement Driver	Date

Return this form to:
Driscoll Health Plan c/o One Call
P.O. Box 896
Elk Grove Village, IL 60009-0896
Fax: 1-904-394-8346



Participante de traslado individual (ITP)

Gracias por su interés en usar un participante de traslado individual (Individual Transportation Participant, ITP). Se puede reembolsar a un ITP por llevarle a sus citas de atención médica. El paquete de inscripción adjunto incluye los documentos que el ITP debe presentar ante One Call. Consulte la lista de verificación de inscripción del ITP para conocer la documentación requerida. El estado de Texas debe procesar y aprobar esta documentación. El ITP no puede realizar ningún viaje hasta que la documentación esté aprobada.

Un ITP puede ser cualquiera de las siguientes:

- ITP (traslado propio): un cliente de Medicaid que asiste a una cita de atención médica conduciendo un vehículo personal, O BIEN una persona que traslada a un familiar que es cliente de Medicaid usando un vehículo personal.
- ITP (otro): una persona que traslada a clientes no relacionados con Medicaid a una cita de atención médica usando un vehículo personal. Estas personas deben someterse a una verificación de antecedentes penales.

El ITP debe mostrar en la página de información del ITP si se está inscribiendo como “traslado propio” u “otro.”

La información requerida solo debe proporcionarse para la persona que conducirá el vehículo.

Para solicitar ayuda para completar estos formularios, llame al Centro de Contacto de One Call al 1-833-694-5881. Devuelva los siguientes documentos con su solicitud:

- Una copia de su formulario de inscripción completo (*Se deben completar todos los campos*)
- Una copia de su licencia de conducir actual y válida (*La dirección postal del conductor debe coincidir con la dirección que consta en la licencia de conducir. No se aceptan apartados postales.*)
- Una copia de la tarjeta del seguro automotor actual y válido
- Una copia de su tarjeta del Seguro Social
- Una copia del registro y la inspección del vehículo

Importante: El nombre que consta en su licencia de conducir y el de su tarjeta del Seguro Social deben coincidir.

Todos los documentos deben enviarse juntos a Driscoll Health Plan c/o One Call

Driscoll Health Plan c/o One Call
P.O. Box 896
Elk Grove Village, IL 60009-0896
Fax: 1-904-394-8346

Driscoll Health Plan c/o One Call
P.O. Box 896 Elk Grove Village, IL 60009-0896

Nota: Conserve una copia para sus registros.

Formulario de inscripción para participantes de traslado individual (ITP)

El objetivo del formulario es obtener datos para inscribirse para ser un ITP. Debe completar todo el formulario y firmarlo. Use un bolígrafo de tinta azul o negra. Solo firma original; no se aceptarán copias ni firma estampada.

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

Debe coincidir con la licencia de conducir

Apellido	Nombre de pila	Inicial del segundo nombre
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Condición de ITP: traslado propio/otro <input type="checkbox"/> Traslado propio <input type="checkbox"/> Otro		

INFORMACIÓN DE LA LICENCIA DE CONDUCIR

Número de la licencia de conducir	Fecha de emisión de la licencia MM/DD/AAAA	Fecha de vencimiento de la licencia MM/DD/AAAA
-----------------------------------	---	---

DOMICILIO PARTICULAR DEL CONDUCTOR

(Este es el lugar donde vive. Debe proporcionar una dirección postal. No se aceptarán apartados postales.)

Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO Y EL SEGURO

Número de identificación del vehículo (Vehicle Identification Number, VIN)	Número de placa	
Número de la póliza de seguro automotor <i>Adjunte una copia de la tarjeta del seguro de la compañía aseguradora. El vehículo utilizado para trasladar al cliente debe estar incluido en la póliza.</i>	Fecha de emisión de la póliza MM/DD/AAAA	Fecha de vencimiento de la póliza MM/DD/AAAA

Si conduce usted mismo o lleva a familiares solamente, complete la **Sección 1, deje la Sección 2 en blanco**. Si lleva a otra persona que no sea usted o un familiar, complete las **Secciones 1 y 2**.

Sección 1: página de información del cliente/ITP			
Nombres de los miembros de Medicaid a los que llevará: <i>Puede incluir 5 como máximo. Si desea cambiar su lista, debe volver a presentar su inscripción.</i>	N.º de identificación del miembro de Medicaid	Fecha de nac. del miembro MM/DD/AAAA	Relación con el miembro
1.			<input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Usted mismo
Sección 2: datos del ITP			
<p>¿Actualmente está acusado de un delito o le han declarado culpable de un delito (se excluyen las citaciones por infracciones menores de tránsito de clase C)?</p> <p><i>“Culpable” significa que:</i></p> <p>(a) <i>Un tribunal federal, estatal o local ha dictado una sentencia condenatoria contra una persona, independientemente de si:</i></p> <p style="margin-left: 40px;">(1) <i>hay una petición posterior al juicio o una apelación pendiente; o bien</i></p> <p style="margin-left: 40px;">(2) <i>se ha eliminado o de otro modo suprimido la sentencia condenatoria u otro registro relacionado con la conducta delictiva.</i></p> <p>(b) <i>Un tribunal federal, estatal o local ha determinado que una persona es culpable.</i></p> <p>(c) <i>Un tribunal federal, estatal o local ha aceptado una declaración de culpabilidad o “nolo contendere” por parte de una persona.</i></p> <p>(d) <i>Una persona obtiene un fallo diferido para acusados sin antecedentes penales u otro acuerdo.</i></p>			
<p>Marque una opción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			
Términos y condiciones de participación			
<ul style="list-style-type: none"> • Se debe obtener la aprobación previa por parte del miembro antes del viaje. • El miembro debe pedirle al médico que firme el formulario de reembolso de gastos de gasolina. • El monto del pago por millaje es \$0.56 por milla. • El formulario de reclamación debe presentarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha del viaje. • El conductor debe contar con la siguiente documentación actual y válida: <ul style="list-style-type: none"> a. Licencia de conducir b. Seguro del vehículo c. Inspección del vehículo d. Registro del vehículo 			



Certificación

Por el presente, certifico que toda la información antes brindada es verdadera y correcta.

Firma del conductor que solicita el reembolso de gastos de gasolina	Fecha
--	--------------

Devuelva este formulario a la siguiente dirección:

Driscoll Health Plan c/o One Call

P.O. Box 896

Elk Grove Village, IL 60009-0896

Fax: 1-904-394-8346