

Client Name \_\_\_\_\_ Provider Name (only 1 provider per form) \_\_\_\_\_

## Transport Permission and Auto Safety Checklist

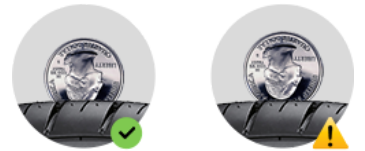
Vehicle Year/Make/Model \_\_\_\_\_

Date of Inspection \_\_\_\_\_ Performed By \_\_\_\_\_

**Please inspect each item on provider vehicle and initial that it is in working order:**

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Working rear turn signals _____                          | Working front turn signals _____  |
| Working brake lights _____                               | Working headlights _____          |
| Working windshield wipers _____                          | Working horn _____                |
| Functional seatbelts _____                               | Working A/C (cold and heat) _____ |
| Properly inflated tires (no visible sagging) _____       |                                   |
| Properly mounted car or booster seat (if required) _____ |                                   |

Minimum tire tread depth of 4/32" (can be checked by placing a quarter in tread of tire. If tread reaches Washington's head, there is sufficient tread depth) \_\_\_\_\_



I have verified the working order of the vehicle to be used to transport my child(ren) receiving services from Absolute HCBS. I will not sign off on this form prior to verifying the working order of all safety functions listed above. I will not allow my child(ren) to have transportation to be provided unless all safety features checked above are in full working condition.

I give my permission for \_\_\_\_\_ to provide transportation for \_\_\_\_\_ in his/her vehicle for outings, and to seek medical attention should it be necessary.

---

Printed Guardian Name	Signature	Date
-----------------------	-----------	------

## OR Request to Decline Transportation Services

I am not currently in need of transportation as part of services offered by Absolute HCBS. I understand that my provider may not, under any circumstance, transport. If I should need transportation in the future, I will not allow provider to do so until I have filled out proper paperwork and obtained written permission from Area Manager.

---

Printed Guardian Name	Signature	Date
-----------------------	-----------	------

I understand that I may not, under any circumstance, provide transportation to this client. If I should need to transport this client in the future, I will not provide transportation until all proper paperwork is completed and I have obtained written permission from my Absolute HCBS Area Manager.

---

Printed Provider Name	Signature	Date
-----------------------	-----------	------

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_ Nombre del Proveedor (sólo 1 proveedor por formulario) \_\_\_\_\_

## Permiso de Transporte y Lista de Verificación para Seguridad Auto

Año Vehículo/Marca/Modelo \_\_\_\_\_

Fecha de Inspección \_\_\_\_\_ Realizado por \_\_\_\_\_

**Por favor, inspeccionar cada artículo en el vehículo del proveedor e inicialice que está en buen estado:**

El A/C Funciona (¡Frío! Y Calor) \_\_\_\_\_ Señales direccionales traseras Funcionan \_\_\_\_\_

Luces de frenos Funcionan \_\_\_\_\_ Señales direccionales frontales Funcionan \_\_\_\_\_

Faros Funcionan \_\_\_\_\_ Limpiavidrios Funcionan \_\_\_\_\_

Claxon (Bocina) Funciona \_\_\_\_\_ Cinturones de Seguridad Funcionales \_\_\_\_\_

Llantas Infladas apropiadamente (sin flacidez visible) \_\_\_\_\_

Montar correctamente el coche o el asiento elevador (Sí se requiere) \_\_\_\_\_

Profundidad mínima de la banda de rodadura 4/32" (Se puede comprobar colocando una moneda de 25 centavos en la banda de rodadura del neumático. Si la banda de rodadura alcanza la cabeza de Washington, hay suficiente profundidad de la banda de rodadura.) \_\_\_\_\_



He verificado el estado de funcionamiento del vehículo que se utilizará para transportar a mi hijo (s) que recibe servicios de Absolute HCBS. Solamente firmaré en este formulario después de verificar el orden de trabajo de todas las funciones de seguridad enumeradas arriba. Permitiré solamente a mi niño (s) tener el transporte proporcionado si todas las características de seguridad comprobadas arriba están en condiciones de funcionamiento completas.

Doy mi permiso para que \_\_\_\_\_ provea transporte para \_\_\_\_\_ en su vehículo para visitas, y buscar atención médica si fuera necesario.

Nombre Impreso

Firma

Fecha

## O Solicitud de rechazo de los Servicios de Transporte

Actualmente no necesito transporte como parte de los servicios ofrecidos por Absolute HCBS. Entiendo que mi proveedor no puede, bajo ninguna circunstancia, transportar. Si necesito transporte en el futuro, no permitiré que el proveedor lo haga hasta que haya llenado la documentación adecuada y obtenido el permiso por escrito de su gerente de área.

Nombre de tutor impreso

Firma

Fecha

Entiendo que no puedo, bajo ninguna circunstancia, proporcionar transporte a este consumidor. Si necesito transportar a este cliente en el futuro, no proporcionaré transporte hasta que se complete toda la documentación adecuada y he obtenido el permiso por escrito de mi gerente de área de Absolute HCBS.

Nombre de proveedor impreso

Firma

Fecha