



Para: ElderCARE Lake County
410 Grand Avenue
Waukegan, IL 60085

Esta carta es para confirmar mi entendimiento de que los servicios de transporte son proporcionados a través de su programa por voluntarios capacitados. Acepto este servicio bajo mi propio riesgo y entiendo que los voluntarios han proporcionado a ElderCare Lake County copias de su licencia de conducir e información del seguro. Entiendo que debo usar el cinturón de seguridad estándar mientras recibo un viaje del voluntario.

Entiendo que es necesario llamar con diez (10) días hábiles de anticipación para coordinar el transporte para mis citas médicas. También entiendo que tengo derecho a rechazar los servicios de transporte en cualquier momento. Siempre que sea posible, entiendo que se agradecerá una donación sugerida de \$10 por viaje de ida y vuelta para ayudar a sufragar los costos del programa de transporte y que los servicios se brindarán según la disponibilidad de los voluntarios.

Entiendo que este formulario se mantendrá archivado y se requiere mi firma para recibir servicios de transporte a través de ElderCARE Lake County.

Favor de IMPRIMA su nombre

Firma

Calle

Fecha de firma

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono

**Por favor firme, complete y devuelva este formulario a la
oficina de ElderCARE Lake County en el sobre provisto.
¡GRACIAS!**