

接送未成年人交通同意書

本人 _____ (家長或監護人姓名) 准許聖馬刁健康計劃 (下稱「HPSM」) 和/或 HPSM 的乘車接送福利服務提供者為本人的未成年家屬 _____ (未成年人姓名) 安排 [非急診醫療和/或非醫療交通服務]，以便他們自行來往獲准的健康護理約診並獲得健康護理服務。本人瞭解，填寫並提交本同意書，代表本人以書面知情同意讓未成年家屬在沒有家長或法定監護人陪同下，搭乘由 HPSM 或 HPSM 乘車接送福利服務提供者安排司機所駕駛的車輛。本人也瞭解並同意，本人對無人陪同的未成年家屬在乘車期間的行為負擔法律責任。

本人在下面簽名，代表本人表述並確認本人是以上列名之未成年家屬的家長或法定監護人，並且擁有提供本同意書的權力。本人承認本同意書從簽名日期起一 (1) 年內有效，除非本人聯絡 HPSM 提早撤回同意書，或者本人不再擁有提供本同意書的合法權力；若出現二者中任一情形，本人同意儘快通知 HPSM。

未成年家屬姓名： _____

未成年家屬的聖馬刁健康計劃會員號碼： _____

未成年家屬出生日期： _____

家長/監護人姓名： _____

家長/監護人電話號碼： _____

家長/監護人簽名： _____ 日期： _____

緊急聯絡人姓名 (若聯絡不上家長/監護人)： _____

緊急聯絡人電話： _____

若要提交本同意書，請電郵或傳真至 HPSM 會員服務部：

- 電郵：memberservicesupport@hpsm.org
- 傳真：650-616-8581

若對本同意書內容有疑問或需要協助，請致電 HPSM 會員服務部 1-800-750-4776。

無人陪同乘車要求經核准後，家長/監護人將接到電話通知。

請等候 2 個工作日待核准。