



Confirmación de Seguro de Transporte para Voluntarios

Yo, _____, entiendo que mi auto personal
(Por favor escriba su nombre)

proveerá el seguro, la cobertura primaria mientras estoy transportando un cliente de edad avanzada para programa de **ElderCARE Lake County**.

El Seguro secundario es suministrado por **ElderCARE Lake County**.

He presentado copias de mi licencia de conducir actual y de mi póliza de seguro de auto. Estos formulario se mantendrá en archivo en ElderCARE Lake County.

_____	_____
Firma	Fecha
_____	_____
Dirección	Teléfono

Ciudad, Estado, Código Postal	

Por favor llene y firme los documentos correspondientes y regrese a la oficina en el sobre adjunto a atención ElderCARE Lake County. Gracias por su ayuda.