*M.T.E. и Wagner против DSHS*

Форма искового заявления в фонд выплат по урегулированию

**ФОРМА ИСКОВОГО ЗАЯВЛЕНИЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ ДЛЯ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Пожалуйста, напишите здесь печатными буквами свое имя и идентификационный номер DSHS

 **ПРИМЕЧАНИЕ**: **Если вам нужны дополнительные формы для других исков, вы можете сделать копию этой незаполненной формы или получить дополнительные экземпляры формы с сайта** [www.sylaw.com/MTESettlement](http://www.sylaw.com/MTESettlement). **Чтобы иметь право на возмещение, вы должны также заполнить обратную сторону этой формы**.

|  Дата предоставления услуги (как минимум, месяц и год) |  Имя, адрес и телефон работника (если имеется) |  Сумма, которую вы заплатили за услугу  |  Я удостоверяю, что оплаченные мной услуги по личному уходу были предоставлены сверх разрешенных отделом DSHS на этот месяц/год (Да/Нет) |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Пожалуйста, приложите все документы, показывающие, что вы получили указанные выше услуги и понесли расходы в связи с их оплатой, например, детализированные отчеты, погашенные чеки, выписки по кредитным картам, квитанции, выписки о лечении и т. п.

 **НЕ ПОСЫЛАЙТЕ ОРИГИНАЛЫ, ТАК КАК ВАМ ИХ НЕ ВЕРНУТ.**