*M.T.E.* **និង** *Wagner v. DSHS*

**លិខិតបញ្ជាក់ការទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នកទទួល**

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាខ្ញុំ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក/អ្នកនៅក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ខ្ញុំ បានទទួលសេវាថែទាំ ផ្ទាល់ខ្លួនដែលឧបត្ថម្ភដោយ Medicaid ពេលដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា
ឆ្នាំ 2005 និងថ្ងៃទី 30 ខែវិច្ឆិកាឆ្នាំ 2011។

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាខ្ញុំ ឬអ្នកនៅក្នុងបន្ទុក/អ្នកនៅក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ខ្ញុំ បានទទួលសេវាថែទាំ ផ្ទាល់ខ្លួនក្នុងកម្រិតលើសពីអ្វីដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយនាយកដ្ឋានសេវាសង្គមនិងសុខភាព
(DSHS) សម្រាប់អ្វីដែលខ្ញុំបានចំណាយចេញពីហោប៉ៅ ដូចដែលមានចែងនៅលើសំណុំបែបបទពាក្យ បណ្តឹងនៅផ្នែកខាងក្រោយនៃទំព័រនេះនិងទំព័របន្ថែមទៀតណាមួយ។

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅក្នុងទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងនេះគឺជាការពិតនិងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថាការទូទាត់នៃការប្តឹងទាមទាររបស់ខ្ញុំអាចពាក់ព័ន្ធនឹងបា្រក់ដុល្លារ Medicaid ដែលឧបត្ថម្ភ ដោយសហព័ន្ធ។

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ Nickerson & Associates ទទួលរាល់ព័ត៌មានចាំបាច់នានាពីនាយកដ្ឋានសេវា កម្មសង្គម និងសុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោននិង/ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលបានកំណត់នៅលើ សំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹងដែលបានភ្ជាប់មកដើម្បីបញ្ជាក់ពីលិខិតបញ្ជាក់នេះ។

ហត្ថលេខា: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* \* \*

វាយ ឬសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក (តម្រូវឱ្យមាន): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ឈ្មោះបុគ្គលដែលបានទទួលសេវាកម្ម (តម្រូវឱ្យមាន):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់បុគ្គលដែលបានទទួលសេវាកម្ម (តម្រូវឱ្យមាន):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

អ្នក**ត្រូវតែ**រួមបញ្ចូលកត្តាដូចខាងក្រោមនៃភស្តុតាងបញ្ជាក់ជាមួយនឹងសំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹង
នេះ: (1) ភស្តុតាងនៃកាលបរិច្ឆេទសេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលមិនធានា (ខែ / ឆ្នាំ); (2) អត្ដសញ្ញាណនៃ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន; និង(3) ភស្តុតាងនៃការចោទប្រកាន់ដែលមិនបានសងប្រាក់។ សូម មើលឯកសារដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយ "សេចក្តីណែនាំសម្រាប់សំណុំបែបបទបណ្តឹងទាមទារ" ស្ថិត
នៅក្រោម "ឯកសារ" សម្រាប់បញ្ជីនៃប្រភេទឯកសារដែលត្រូវតែដាក់ជូនដើម្បីបង្កើតកត្តានីមួយ។

អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Street or P.O. Box)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City, State and Zip Code

ថ្ងៃ/ល្ងាច

លេខទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ថ្ងៃ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ល្ងាច)

សូមដាក់បញ្ចូលលេខសម្គាល់ DSHS របស់អ្នក: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_