*M.T.E. and Wagner v. DSHS (엠티이 및 왜그너 대 보건사회부)*

**수혜자 납부 증명서 (CERTIFICATION)**

나는 나 또는 내 독립적인 피보호자는 2005년 7월 1일부터 2011년 11월 30일 사이, 18세 미만일 때 메디캐이드가 보조하는 간병서비스를 받았음을 증명한다.

나는 나 또는 내 독립적인 피보호자는 이 페이지 뒷면의 청구서 및 추가 백지에 기재한 내가 자비로 납부한 보건사회부(DSHS)가 승인한 금액을 초과한 간병서비스를 받았다는 것을 증명한다.

나는 이 청구서에 제공한 정보는 진실이며, 정확하다는 것을 증명한다. 나는 내 청구서 지불은 연방정부가 보조하는 메디캐이 보조금이 개입될 수도 있다는 것을 안다.

나는 Nickerson & Associates (닉커스 앤드 어소시엣)이 Washington Department of Social and Health Services(워싱턴 보건사회부) 또는 간병서비스 제공자들한테서 이 증명서를 확인하기 위해서 첨부한 청구서에 지명한 서비스 제공자로부터 필요한 정보를 얻는 것을 승인한다.

서명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* \* \*

귀하의 성명을 타자로 치거나 인쇄체로 쓰시오 (필수): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

간병서비스를 받은 사람의 성명 (필수):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

간병서비스를 받은 사람의 생년월일 (필수):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

귀하는 **반드시** 다음 내용을 이 청구서에 포함해야 합니다: (1) 보조금을 받지 못한 간병서비스 날짜(월/연도)를 증명하는 증명서; (2) 간병서비스 제공자의 신분; (3) 보조금을 받지 못한 간병서비스 비용을 증명하는 증명서. 각 청구 내용을 성립시켜주기 위해서는 동봉한 “청구서 안내 지침”의 반드시 제출해야 하는 종류의 증빙서류가 어떤 것인지는 “서류” 항을 참조하십시오.

현 주소: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(번지 또는 사설함 번호)

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

(시, 주 및 우편번호)

낮/저녁

전화번호: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (낮) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (저녁)

귀하의 보건사회부(DSHS) 신분번호를 포함하십시오: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_