

M.T.E. and Wagner v. DSHS
ໃບຢັ້ງຢືນການຈ່າຍເງິນຂອງຜູ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ
RECIPIENT CERTIFICATION OF PAYMENT(S)

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຜູ້ອື່ນຜູ້ຢູ່ໃຕ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ໄດ້ຮັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວທີ່ຖືກອອກທຶນໃຫ້ໂດຍ **Medicaid** ໃນຂະນະທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ **18** ປີ, ຣະຫວ່າງເດືອນຈຸນລາຍ **1, 2005** ແລະ ໂນເວັມເບີ **30, 2011**.

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ຜູ້ອື່ນຜູ້ຢູ່ໃຕ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ໄດ້ຮັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວທີ່ກາຍເກີນຈໍານວນທີ່ຖືກອະນຸມັດໃຫ້ໂດຍກົມສັງຄົມສົງເຄາະ ແລະ ສາທາຣະນະສຸກ (**DSHS**), ຊຶ່ງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຈ່າຍເງິນຈາກຖົງທຶນເອງ, ຕາມທີ່ຖືກກ່າວໄວ້ຢູ່ໃນໃບຟອມທວງເງິນຢູ່ທາງດ້ານຫລັງຂອງເຈ້ງຫນ້ານີ້ ແລະ ຫນ້າເຈ້ງເພີ່ມເຕີມທຸກໆໃບ.

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າຮາຍຣະອຽດທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນໃບຟອມທວງເງິນໃບນີ້ເປັນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການຈ່າຍເງິນໃນໃບທວງເງິນຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະກ່ຽວພັນນໍາເງິນດອນລາຂອງ **Medicaid** ທີ່ຖືກອອກທຶນໂດຍຮັດຖະບານກາງ.

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ **Nickerson & Associates** ທີ່ຈະເກັບກໍາເອົາຮາຍຣະອຽດທີ່ຈໍາເປັນຕ່າງໆຈາກ **Washington Department of Social and Health Services** ແລະ/ຫລື ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວທີ່ຖືກບິ່ງຊື່ຢູ່ໃນໃບຟອມທວງເງິນທີ່ຖືກຄັດມານໍາເພື່ອຈະປືນປັນການຢັ້ງຢືນອັນນີ້.

ລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____

* * *

ຕີພິມ ຫລື ຂຽນເປັນຕົວຊື່ຂອງທ່ານ (ຕ້ອງມີ): _____

ຊື່ຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການ (ຕ້ອງມີ): _____

ວັນເກີດຂອງບຸກຄົນຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການ (ຕ້ອງມີ): _____

ທ່ານ **ຕ້ອງ** ລວມເອົາສິ່ງຫລັກຖານຕໍ່ລົງໄປນີ້ມານໍາໃບຟອມທວງເງິນໃບນີ້: **(1)** ຫລັກຖານຂອງວັນທີຂອງການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວທີ່ບໍ່ຖືກຄຸ້ມກັນ (ເດືອນ/ປີ); **(2)** ເອກະລັກປະຈໍາຕົວຂອງຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວ; ແລະ **(3)** ຫລັກຖານຂອງການເກັບເງິນທີ່ຍັງບໍ່ທັນຖືກຈ່າຍແທນຄືນເທື່ອ. ກະຣຸນາເບິ່ງເຈ້ງເອກສານ **“Instructions for Claim Form”** (ຄໍາແນະນໍາສໍາລັບໃບຟອມທວງເງິນ) ທີ່ຖືກຄັດມານໍາພາຍໄຕ້ **“Documentation”** (ການບັນທຶກເອກສານ) ສໍາລັບລາຍເຊັນຂອງຂະນິດເອກສານທີ່ຕ້ອງຖືກສົ່ງເຂົ້າມາເພື່ອຈະກໍ່ຕັ້ງສ່ວນປະກອບແຕ່ລະອັນ.

ທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ: _____
(ຖມິນ ຫລື ຕູ້ໄປສະນີ)

ເມືອງ, ຮັດ, ແລະ ຊື່ບໍລິເວນ _____

ເລກໂທຣະສັບ
ກາງເວັນກາງຄືນ: _____ (ກາງເວັນ) _____ (ກາງຄືນ)

ກະຣຸນາຂຽນເລກ **DSHS identification number** ຂອງທ່ານໃສ່: _____