*M.T.E. и Wagner против DSHS*

 **УДОСТОВЕРЕНИЕ ОТ ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ ОТНОСИТЕЛЬНО ОПЛАТЫ**

 Я удостоверяю, что я или мой иждивенец (иждивенцы)/подопечный (подопечные) на тот период в возрасте младше 18 лет получил(и) услуги по личному уходу в период с 1 июля 2005 г. по 30 ноября 2011 г.

Я удостоверяю, что я или мой иждивенец (иждивенцы)/подопечный (подопечные) на тот период в возрасте младше 18 лет получил(и) услуги по личному уходу в количестве сверх разрешенных Отделом социального обслуживания и здравоохранения (англ. Department of Social and Health Services, сокр. DSHS), которые я оплатил(а) из своего кармана, как изложено в исковом заявлении на обороте этой страницы и на каких-либо дополнительных страницах.

Я удостоверяю, что предоставленная в этом исковом заявлении информация является верной и точной. Я понимаю, что на оплату моего иска могут быть использованы федеральные средства программы Медикейд.

Я уполномочиваю «Nickerson & Associates» получить любую информацию, необходимую для подтверждения этого удостоверения от Отдела социального обслуживания и здравоохранения штата Вашингтон (англ. Washington Department of Social and Health Services) и/или от работников, предоставивших услуги по личному уходу, указанных в приложенном исковом заявлении.

 Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* \* \*

 Напечатайте или напишите ваше имя печатными буквами (требуется): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Имя лица, получившего услуги (требуется):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения лица, получившего услуги (требуется):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вы **должны** включить в это исковое заявление следующие элементы доказывания: (1) доказательство дат предоставления непокрытых услуг по личному уходу (месяц/год); (2) имя (имена) работника(ов), предоставившего личный уход; и (3) доказательство невозмещенных расходов. Пожалуйста, см. раздел «Документация» в прилагаемом материале «Инструкции по заполнению искового заявления», где указано, какие документы надо подать для каждого элемента доказывания.

 Нынешний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер дома, улица или п/я)

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

 город, штат и почтовый индекс

Номера телефонов для звонков

днем/вечером: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (днем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (веч.)

Пожалуйста, укажите свой идентификационный номер DSHS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_