*M.T.E. y Wagner v. DSHS*

**CERTIFICACIÓN DE PAGO(S) DEL BENEFICIARIO**

Certifico que yo o mi(s) dependiente(s)/tutelado(s) recibimos servicios de atención personal con fondos de Medicaid cuando éramos menores de 18 años de edad, entre el 1.o de julio de 2005 y el 30 de noviembre de 2011.

Certifico que yo o mi(s) dependiente(s)/tutelado(s) recibimos servicios de atención personal que excedían la cantidad autorizada por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS), por los que pagué de mi propio bolsillo, como se establece el formulario de reclamo al reverso de esta página y de cualquier página adicional.

Certifico que la información proporcionada en este Formulario de Reclamo es verdadera y correcta. Entiendo que el pago de mi reclamo puede implicar dinero proveniente de fondos federales de Medicaid.

Autorizo a Nickerson & Associates que obtenga toda información necesaria del Departamento de Servicios Sociales y de Salud de Washington y/o de los proveedores de atención personal identificados en el formulario de reclamo que se adjunta para confirmar esta certificación.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* \* \*

Escriba o imprima su nombre (se requiere): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que recibió servicios (se requiere):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona que recibió servicios (se requiere):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usted **debe** incluir los siguientes elementos de prueba junto con este formulario de reclamo: (1) prueba de las fechas no cubiertas de servicio de atención personal (mes/año); (2) identidad del proveedor o proveedores de atención personal; and (3) prueba de los cargos no reembolsados. Por favor ver el material que se incluye de “Instrucciones para el Formulario de Reclamo” bajo “Documentación” para tener una lista del tipo de documentos que deben enviarse para establecer cada elemento.

Dirección Actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Calle o Apartado Postal)

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

Ciudad, Estado y Código Postal

Durante el día/la noche

Números de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (día) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (noche)

Por favor incluya su número de identificación de DSHS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_