*Vụ M.T.E. và Wagner kiện DSHS*

**GIẤY XÁC NHẬN TRẢ TIỀN CỦA NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ**

Tôi xác nhận tôi hoặc (những) người phụ thuộc/trẻ em phụ thuộc đã nhận các dịch vụ chăm sóc cá nhân do Medicaid cấp ngân quỹ trong thời gian dưới 18 tuổi, khoảng từ ngày 1 tháng Bảy, 2005 đến ngày 30 tháng Mười Một, 2011.

Tôi xác nhận tôi hoặc (những) người phụ thuộc/trẻ em phụ thuộc đã nhận những dịch vụ chăm sóc cá nhân vượt quá mức Department of Social and Health Services (DSHS – Bộ Xã Hội và Y Tế) cho phép, và tôi đã tự thanh toán, như đã trình bày trong đơn yêu cầu bồi thường ở mặt sau của trang này và các trang kèm theo.

Tôi xác nhận thông tin được cung cấp trong Đơn Yêu Cầu Bồi Thường này là đúng sự thật và chính xác. Tôi hiểu tiền trả cho đơn yêu cầu bồi thường của tôi có thể liên quan đến tiền Medicaid do liên bang cấp.

Tôi cho phép Nickerson & Associates lấy mọi thông tin cần thiết từ Department of Social and Health Services của Tiểu Bang Washington và/hoặc những người chăm sóc cá nhân được nêu trong đơn yêu cầu bồi thường đính kèm để xác minh giấy chứng nhận này.

Chữ ký: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* \* \*

Đánh Máy hoặc Viết In Tên Quý Vị (cần có): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tên Người nhận dịch vụ (cần có):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày Sinh của người nhận dịch vụ (cần có):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quý vị **phải** nộp những yếu tố bằng chứng sau đây cùng với đơn yêu cầu bồi thường này: (1) bằng chứng ngày cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân không được đài thọ (tháng/năm); (2) xác định (những) người cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân; (3) bằng chứng số tiền không được bồi hoàn. Xin xem tài liệu “Chỉ Dẫn Điền Đơn Yêu Cầu Bồi Thường” đính kèm dưới phần “Chứng Từ” để biết danh sách những loại giấy tờ nào cần phải nộp để chứng minh mỗi yếu tố.

Địa Chỉ Hiện Tại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Tên Đường hoặc Hộp P.O.)

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

Thành Phố, Tiểu Bang và Mã Số Bưu Chính

Số Điện Thoại Ban Ngày/Ban Đêm: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ngày) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (đêm)

Xin cho biết số ID DSHS của quý vị: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_