*សំណុំបែបបទបណ្តឹងទាមទារមូលនិធិការទូទាត់ M.T.E. v. DSHS*

**ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**សូមសរសេរឈ្មោះនិងលេខប័ណ្ណសម្គាល់** DSHS **របស់អ្នកនៅទីនេះ**

**ចំណាំ**: **ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការទំព័របន្ថែមសម្រាប់ពាក្យបណ្តឹងបន្ថែមទៀត អ្នកប្រហែលជាអាចធ្វើថតចម្លងច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទ ពាក្យបណ្តឹងនៅទទេនេះ ឬទទួលបានទម្រង់បែបបទបន្ថែមពី** [www.sylaw.com/MTESettlement](http://www.sylaw.com/MTESettlement)**។ អ្នកត្រូវតែបំពេញផ្នែក ខាងក្រោយនៃសំណុំបែបបទនេះដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានសំណង។**

| **កាលបរិច្ឆេទនៃ សេវាកម្ម**  **(ខែនិងឆ្នាំ)** | **ឈ្មោះអ្នកទទួលបាន** Medicaid **កុមារ** | **អាសយដ្ឋានរួម** | **ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាខ្ញុំបានធ្វើ ការនៅក្នុងកម្រិតលើសពីអ្វី ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាត  ដោយ** DSHS **និងមិនត្រូវ បានគេបង់អោយ**  **(បាទ/ទេ)** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |