*M.T.E. v. DSHS (엠티이 및 왜그너 대 보건사회부) 합의금 청구서*

**서비스 제공자 청구서:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**여기에 귀하의 성명과 보건사회 신분(DSHS ID) 번호를 인쇄체로 쓰십시오**

**주요**: **더 많은 청구내역을 위해서 백지가 더 필요할 경우는**, **이 청구서로 사본을 만들거나** [**www.sylaw.com/MTESettlement**](http://www.sylaw.com/MTESettlement) **에서 청구서를 더 받으십시오. 환불 수혜자격이 되기 위해서는 반드시 이 용지 뒷면도 작성해야 합니다.**

| **서비스 날짜**  (월 및 연도) | **아동 메디캐이드 수혜자의 성명** | **공동 주소** | **나는 보건사회부(DSHS)가 승인한 시간을 초과해서 일했으며 돈을 받지 않은 것을 증명한다 (예/아니오)** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |