ໃບພອມທວງເງິນຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍຣິການສຳລັບ:________________________________

ກະຣຸນາຂຽນຊື່ຂອງທ່ານ ແລະ ເລກ **DSHS ID** ໃສ່ບ່ອນນີ້

ໝາຍເຫດ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການໜ້າເຈັ້ຽເພີ້ມເຕີມສຳລັບການທວງເງິນຕື່ມອີກ, ທ່ານຈະເຮັດໂກປີຂອງໃບຟອມເປົ່າວ່າງໃບນີ້ ຫລື ເອົາໃບຟອມຕື່ມອີກໄດ້ຈາກ **www.sylaw.com/MTESettlement**. ທ່ານຍັງຈະຕ້ອງໄດ້ຂຽນປະກອບດ້ານຫລັງຂອງຟອມໃບນີ້ອີກເພື່ອຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນທົດແທນຄືນ.

ວັນທີຂອງການບໍຣິການ (ຢ່າງໜ້ອຍເດືອນ ແລະ ປີ)	ຊື່ຂອງຜູ້ຮັບ **Medicaid** ສຳລັບເດັກນ້ອຍ	ທີ່ຢູ່ຮ່ວມກັນ	ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ເຮັດວຽກກາຍເກີນຊົ່ວໂມງທີ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ໂດຍກົມ **DSHS** ແລະ ບໍ່ຖືກຈ່າຍເງິນໃຫ້ (ແມ່ນ/ບໍ່ແມ່ນ)