*M.T.E. и Wagner против DSHS*

Форма искового заявления в фонд выплат по урегулированию исков

ФОРМА ИСКОВОГО ЗАЯВЛЕНИЯ РАБОТНИКА, ПРЕДОСТАВИВШЕГО УСЛУГИ, ДЛЯ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пожалуйста, напишите здесь печатными буквами свое имя и идентификационный номер DSHS

**ПРИМЕЧАНИЕ**: **Если вам нужны дополнительные формы для других исков, вы можете сделать копию этой незаполненной**

**формы или получить дополнительные экземпляры формы на сайте** [www.sylaw.com/MTESettlement](http://www.sylaw.com/MTESettlement). **Чтобы иметь право на возмещение, вы должны также заполнить обратную стороны этой формы**.

| Дата предоставления услуги (месяц и год) | Имя ребенка-получателя услуг по программе Медикейд | Адрес, по которому вы проживаете совместно | Настоящим удостоверяю, что я работал(а) сверх разрешенных отделом DSHS часов и мне не заплатили за эту работу (Да/Нет) |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |