*M.T.E. v. DSHS* Formulario de Reclamo del Fondo de Finiquito

FORMULARIO DE RECLAMO DEL PROVEEDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor escriba aquí su nombre en letra de molde y el número de ID de DSHS

NOTA:Si necesita páginas adicionales para más reclamos, usted puede sacar una copia de este formulario de reclamo en blanco, o bien, obtener formularios adicionales de la página web [www.sylaw.com/MTESettlement](http://www.sylaw.com/MTESettlement). Usted debe también llenar el reverso de este formulario para poder ser elegible para el reembolso.

| Fecha de Servicio  (mes y año) | Nombre del Niño Beneficiario de Medicaid | Dirección Compartida | Certifico que trabajé horas que excedían aquellas autorizadas por DSHS y que no se me pagaron  (Sí/No) |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |