Đơn Yêu Cầu Bồi Thường Từ Ngân Quỹ Thanh Toán *Vụ M.T.E kiện DSHS*

**ĐƠN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG CỦA NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Xin viết in tên của quý vị và số ID DSHS ở đây

LƯU Ý: Nếu quý vị cần thêm giấy cho nhiều đơn yêu cầu bồi thườngkhác, quý vị có thể sao đơn yêu cầu trống này hoặc lấy thêm các mẫu đơn từ trang mạng [www.sylaw.com/MTESeattlement](http://www.sylaw.com/MTESeattlement). Quý vị cũng phải điền vào mặt sau của mẫu đơn này để hội đủ điều kiện nhận tiền hoàn trả.

| Ngày Dịch Vụ (tháng và năm) | Tên Người Nhận Medicaid Trẻ Em | Địa Chỉ Chung | Bằng cách này tôi xác nhận tôi đã làm việc vượt quá số giờ DSHS cho phép và không được trả tiền (Có/Không) |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |