*M.T.E.* ***និង*** *Wagner v. DSHS*

**លិខិតបញ្ជាក់ការងាររបស់អ្នកផ្តល់សេវា**

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាខ្ញុំគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាជាបុគ្គលដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នៃការផ្តល់សេ វាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ដែលផ្តល់ថវិកាដោយ Medicaid ដែលរស់នៅជាមួយ និងដែលផ្តល់សេវាទៅឱ្យអ្នក ទទួលនៃសេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ដែលផ្តល់ថវិកាដោយ Medicaid ដែលនៅកំឡុងពេលនៃសេវាកម្មបាន ស្ថិតនៅក្រោមអាយុ 18 ឆ្នាំ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា ឆ្នាំ 2005 និងថ្ងៃទី 30 ខែវិច្ឆិកាឆ្នាំ 2011 ("រយៈ ពេលថ្នាក់រៀន)។

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាខ្ញុំបានផ្តល់នូវសេវាកម្មថែទាំផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងកម្រិតលើសពីអ្វីដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ DSHS ក្នុងអំឡុងខែដែលបានកំណត់ក្នុងរយៈពេលថ្នាក់រៀន។

ខ្ញុំបញ្ជាក់បន្ថែមទៀតថាខ្ញុំមិនត្រូវបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលបាន ប្រព្រឹត្តិទៅនៅក្នុងកម្រិតលើសពីអ្វីដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ DSHS ក្នុងកំឡុងពេលខែដែលបាន   
កំណត់។

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានបានផ្តល់នៅក្នុងសំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹងនេះគឺជាការពិតនិងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថាការទូទាត់នៃពាក្យបណ្តឹងទាមទាររបស់ខ្ញុំអាចពាក់ព័ន្ធនឹងបា្រក់ដុល្លារ Medicaid ដែល ជាមូលនិធិដោយសហព័ន្ធ។

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ Nickerson & Associates ទទួលរាល់ព័ត៌មានចាំបាច់ពីនាយកដ្ឋានសេវាកម្ម សង្គមនិងសុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោននិង/ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលបានកំណត់នៅលើសំណុំ បែបបទពាក្យបណ្តឹងដែលបានភ្ជាប់មកដើម្បីបញ្ជាក់ពីលិខិតបញ្ជាក់នេះ។

ហត្ថលេខា: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

វាយ ឬសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក (តម្រូវឱ្យមាន): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ឈ្មោះរបស់បុគ្គលដែលបានទទួលសេវាកម្ម (តម្រូវឱ្យមាន):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់បុគ្គលដែលបានទទួលសេវាកម្ម (តម្រូវឱ្យមាន):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

អ្នក**ត្រូវតែ**បញ្ចូលព័ត៌មានដូចខាងក្រោមនៃភស្តុតាងបញ្ជាក់ជាមួយនឹងសំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹង   
នេះ: (1) កាលបរិច្ឆេទនៅពេលដែលអ្នកបានរស់នៅជាមួយអ្នកទទួលបាន Medicaid កុមារ និងបាន ផ្តល់សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងកម្រិតលើសពីអ្វីដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ DSHS (ខែ/ឆ្នាំ); (2) អា ស័យដ្ឋាននៅពេលដែលអ្នកបានរស់នៅ; និង (3) អ្នកទទួលបាន Medicaid កុមារចំពោះអ្នកដែលអ្នក បានផ្តល់សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន។ សូមមើលឯកសារដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយ"សេចក្តីណែនាំសម្រាប់ សំណុំបែបបទបណ្តឹងទាមទារ" ស្ថិតនៅក្រោម "ឯកសារ" សម្រាប់បញ្ជីនៃប្រភេទឯកសារដែលត្រូវតែ ដាក់ជូនដើម្បីបង្កើតកត្តានីមួយ។។

អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Street or P.O. Box)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City, State and Zip Code

ថ្ងៃ/ល្ងាច

លេខទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ថ្ងៃ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ល្ងាច)

សូមដាក់បញ្ចូលលេខសម្គាល់ DSHS របស់អ្នក: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_