*M.T.E. and Wagner v. DSHS (엠티이 및 왜그너 대 보건사회부)*

**서비스 제공자가 서비스를 제공한 증명서**

나는 내가 서비스를 제공할 때 수혜자가18세 미만이었으며, 2005년 7월 1일부터 2011년 11월 30일(집단소송 기간) 사이에 메디캐이드가 보조하는 개인 간병서비스 수혜자에게 서비스를 제공하고 수혜자와 같이 살았던, 자격이 있는, 메디캐이드가 보조하는 간병서비스의 개인 간병서비스 제공자인 것을 증명한다.

나는 인정된 집단소송 기간 동안 보건사회부(DSHS)가 승인한 금액을 초과해서 내가 간병서비스를 제공한 것을 증명한다.

나는 인정된 기간 동안 보건사회부(DSHS)가 승인한 금액을 초과해서 내가 제공한 간병서비스를 위한 보조금은 받지 않았다는 것을 덧붙여 증명한다.

나는 이 청구서에 제공한 정보는 진실이며, 정확하다는 것을 증명한다. 나는 내 청구서를 위한 지불은 연방정부가 보조하는 메디캐이 보조금이 개입될 수도 있다는 것을 안다.

나는 Nickerson & Associates (닉커스 앤드 어소시엣)이 Washington Department of Social and Health Services(워싱턴 보건사회부) 또는 간병서비스 제공자들한테서 이 증명서를 확인하기 위해서 첨부한 청구서에 지명한 서비스 제공자로부터 필요한 정보를 얻는 것을 승인한다.

서명: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

귀하의 성명을 타자로 치거나 인쇄체로 쓰시오 (필수): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

간병서비스를 받은 사람의 성명 (필수):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

간병서비스를 받은 사람의 생년월일 (필수):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

귀하는 **반드시** 다음 내용을 이 청구서에 포함해야 합니다: (1) 혜택을 받지 못한 간병서비스 날짜(월/연도)를 증명하는 증명서; (2) 간병서비스 제공자의 신분; (3) 혜택을 받지 못한 간병서비스 비용을 증명하는 증명서. 각 청구 내용을 성립시켜주기 위해서는 동봉한 “청구서 안내 지침”의의 반드시 제출해야 하는 종류의 증빙서류가 어떤 것인지는 “서류” 항을 참조하십시오.

현 주소: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(번지 또는 사설함 번호)

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

(시, 주 및 우편번호)

낮/저녁

전화번호: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (낮) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (저녁)

귀하의 보건사회부 (DSHS) 신분번호를 포함하십시오: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_