*M.T.E. и Wagner против DSHS*

**УДОСТОВЕРЕНИЕ РАБОТНИКА О ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ УСЛУГАХ**

Я удостоверяю, что я был(а) удовлетворяющим требованиям индивидуальным предоставителем услуг по личному уходу, оплачиваемых по программе Медикейд, и проживал(а) и предоставлял(а) услуги получателю услуг по личному уходу, оплачиваемых по программе Медикейд, которому во время предоставления услуг было меньше 18 лет, в период с 1 июля 2005 г. по 30 ноября 2011 г. (период, указанный в коллективном иске).

Я удостоверяю, что я предоставил(а) услуги по личному уходу в количестве сверх разрешенных Отделом DSHS в течение месяцев, упомянутых в период, указанный в коллективном иске.

Я также удостоверяю, что я не получил(а) оплату за услуги по личному уходу, предоставленные в количестве сверх разрешенных Отделом DSHS в течение указанных месяцев.

Я удостоверяю, что предоставленная в этом исковом заявлении информация является верной и точной. Я понимаю, что на оплату моего иска могут быть использованы федеральные средства программы Медикейд.

Я уполномочиваю «Nickerson & Associates» получить любую информацию, необходимую для подтверждения этого удостоверения от Отдела социального обслуживания и здравоохранения штата Вашингтон (англ. Washington Department of Social and Health Services) и/или от получателя программы Медикейд, которому я предоставил(а) услуги, указанного в приложенном исковом заявлении.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Напечатайте или напишите ваше имя печатными буквами (требуется): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя лица, получившего услуги (требуется):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения лица, получившего услуги (требуется):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вы **должны** включить в это исковое заявление следующую информацию: (1) даты, когда вы проживали с ребенком-получателем услуг по программе Медикейд и предоставили услуги по личному уходу в количестве сверх разрешенных Отделом DSHS (месяц/год); (2) адрес, по которому вы проживали; и (3) ребенок-получатель услуг по программе Медикейд, которому вы предоставили услуги по личному уходу. Пожалуйста, см. раздел «Документация» в прилагаемом материале «Инструкции по заполнению искового заявления», где указано, какие документы надо подать для каждого элемента доказывания.

Нынешний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер дома, улица или п/я)

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

город, штат и почтовый индекс

Номера телефонов для звонков

днем/вечером: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (днем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (веч.)

Пожалуйста, укажите свой идентификационный номер DSHS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_