*M.T.E. y Wagner v. DSHS*

**CERTIFICACIÓN DE TRABAJO DEL PROVEEDOR**

Certifico que estaba calificado como Proveedor Individual de servicios de atención personal con fondos de Medicaid viviendo con y proporcionando servicios a un beneficiario de servicios de atención personal con fondos de Medicaid que en cuyo momento era menor de 18 años de edad, entre el 1.o de julio de 2005 y el 30 de noviembre de 2011 (el “Periodo del Grupo”).

Certifico que proporcioné servicios de atención personal que excedían la cantidad autorizada por DSHS durante los meses identificados en el Periodo del Grupo.

Certifico además que no se me pagaron los servicios de atención personal facilitados que excedían la cantidad autorizada por DSHS durante los meses identificados.

Certifico que la información proporcionada en este Formulario de Reclamo es verdadera y correcta. Entiendo que el pago de mi reclamo puede implicar dinero proveniente de fondos federales de Medicaid.

Autorizo a Nickerson & Associates que obtenga toda información necesaria del Departamento de Servicios Sociales y de Salud de Washington y/o del beneficiario de Medicaid a quién le proporcioné servicios que se identifica en el formulario de reclamo adjunto para confirmar esta certificación.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba o imprima su nombre (se requiere): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que recibió servicios (se requiere):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona que recibió servicios (se requiere):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usted **debe** incluir la siguiente información junto con este formulario de reclamo: (1) las fechas de cuando vivió con un niño beneficiario de Medicaid y proporcionó servicios de atención personal que excedían aquellos autorizados por DSHS (mes/año); (2) la dirección en la que usted vivió; y (3) el niño beneficiario de Medicaid a quien le proporcionó servicios de atención personal. Por favor ver el material que se incluye de “Instrucciones para el Formulario de Reclamo” bajo “Documentación” para tener una lista del tipo de documentos que deben enviarse para establecer cada elemento.

Dirección Actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Calle o Apartado Postal)

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

Ciudad, Estado y Código Postal

Durante el día/la noche

Números de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (día) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (noche)

Por favor incluya su número de identificación de DSHS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_