*Vụ M.T.E và Wagner kiện DSHS*

**GIẤY XÁC NHẬN LÀM VIỆC CỦA NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ**

Tôi xác nhận tôi là Người Chăm Sóc Cá Nhân hợp lệ của dịch vụ chăm sóc cá nhân do Medicaid cấp ngân quỹ đang sống cùng với và cung cấp các dịch vụ cho người nhận dịch vụ chăm sóc cá nhân do Medicaid cấp ngân quỹ, và người này dưới 18 tuổi lúc nhận dịch vụ, trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng Bảy, 2005 đến ngày 30 tháng Mười Một, 2011 (“Thời Gian Vụ Kiện”)

Tôi xác nhận tôi đã cung cấp các dịch vụ chăm sóc cá nhân vượt quá mức DSHS cho phép trong các tháng đã nêu trong Thời Gian Vụ Kiện.

Tôi xác nhận thêm là tôi không được trả tiền cho các dịch vụ chăm sóc cá nhân làm vượt quá mức DSHS cho phép trong các tháng đã nêu.

Tôi xác nhận thông tin được cung cấp trong Đơn Yêu Cầu Bồi Thường này là đúng sự thật và chính xác. Tôi hiểu tiền trả cho đơn yêu cầu của tôi có thể liên quan đến tiền Medicaid do liên bang cấp.

Tôi cho phép Nickerson & Associates lấy mọi thông tin cần thiết từ Washington Department of Social and Health Services (Bộ Xã Hội và Y Tế Tiểu Bang Washington) và/hoặc người nhận Medicaid mà tôi đã cung cấp dịch vụ được nêu trong đơn yêu cầu bồi thường đính kèm để xác minh giấy chứng nhận này.

Chữ ký: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Đánh Máy hoặc Viết In Tên Quý Vị (cần có): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tên Người nhận dịch vụ(cần có):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ngày Sinh của người nhận dịch vụ (cần có):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quý vị **phải** nộp những thông tin sau đây cùng với đơn yêu cầu bồi thường này: (1) những ngày quý vị sống với người nhận Medicaid trẻ em và đã cung cấp các dịch vụ chăm sóc cá nhân vượt qua mức DSHS cho phép (tháng/năm); (2) địa chỉ nơi quý vị sống; (3) người nhận Medicaid trẻ em mà quý vị cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân. Xin xem tài liệu “Chỉ Dẫn Điền Đơn Yêu Cầu Bồi Thường” đính kèm dưới phần “Chứng Từ” để biết danh sách những loại giấy tờ nào cần phải nộp để chứng minh mỗi yếu tố.

Địa Chỉ Hiện Tại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Tên Đường hoặc Hộp P.O.)

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

Thành Phố, Tiểu Bang và Mã Số Bưu Chính

Số Điện Thoại Ban Ngày/Ban Đêm: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ngày) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (đêm)

Xin cho biết số ID DSHS của quý vị: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_