

**ФОРМА АПЕЛЛЯЦИИ О ПРАВОМОЧНОСТИ И ВОЗМЕЩЕНИИ**

**СНАЧАЛА ПОЗВОНИТЕ ПО НОМЕРУ 1-844-507-7554**



Полное имя работника

Фамилия: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Номер социального

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

страхования: \_\_\_\_\_

ЕСЛИ ТРЕБУЕМАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ НЕ ПРИЛАГАЕТСЯ, РАССМОТРЕНИЕ ВАШЕЙ АПЕЛЛЯЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАДЕРЖАНО. Решение по Вашей апелляции будет принято в течение 30 дней после получения всех необходимых документов.

Отметьте пункт, лучше всего описывающий основание для Вашей апелляции.

**Определение права на получение льгот за услуги стоматологии, офтальмологии, а также по программе помощи сотрудникам**

(Необходима документация, подтверждающая отработанное время за соответствующий период.)

**Неверно выплачена сумма возмещения**

(Отправьте копии формы запроса на возмещение и документации, предоставляемой вместе с соответствующей формой.)

**Не получена сумма возмещения**

(Повторно отправьте форму запроса на возмещение расходов и всю необходимую документацию.)

**Определение правомочности по Дополнительному доверительному фонду**

(Необходима документация, подтверждающая отработанное время за соответствующий период.)

**Другие вопросы, укажите.**

\_\_\_\_\_

**Запрашиваемая сумма**

\$

**Отправьте данную форму и подтверждающие документы по факсу или почте (см. реквизиты ниже)**

Почтовый

адрес: Oregon Homecare Workers Trusts, PO Box 6, Mukilteo, WA 98275

Факс: Доверительный фонд для работников по уходу на дому штата Орегон, 1-866-459-4623

Эл. почта: [ONCWT@bsitpa.com](mailto:ONCWT@bsitpa.com) Тема: Возмещение расходов по фонду ONCWT

Телефон: 844-507-7554

Я подтверждаю, что предоставленные в этом документе данные правдивы и что заявленные расходы были понесены указанным образом (если применимо).

Подпись участника: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_