

资格及报销上诉表

首先拨打 1-844-507-7554



工作者姓名 姓氏: _____ 名字: _____

地址: _____ 电话号码: _____

电子邮件地址: _____ 社会安全号码: _____

如未随附所需证明文件，对您上诉的审查将因此延迟。在收讫由您提交的全部所需文件后，我们将在 30 日内针对您的上诉作出决定。

请勾选最能说明您上诉理由的方框：

牙科、眼科以及员工援助计划福利的资格评定
(需要提供相关时段内的工时证明)

所支付的报销金额有误。
(寄送报销单副本，以及根据该等报销单您所需寄送的证明文件)

未收到报销金额。
(重新寄送报销单以及所需的所有证明文件)

补充信托项下的资格评定。
(需要提供相关时段内的工时证明)

其他问题，请注明。 _____

申请金额

请将本表格及支持文件邮寄或传真至：

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

传真: Oregon Homecare Workers Trusts, 1-866-459-4623

电子邮件: OHCWT@bsitpa.com 主题: OHCWT 报销

电话: 844.507.7554

我证实，这些声明属实，在适用情况下，已如所述产生理赔费用。

会员签名: _____ 日期: _____