

**FORMULARIO DE APELACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y REINTEGROS**

**LLAME PRIMERO AL 1-844-507-7554**



**Apellido del Trabajador:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Número de  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

SI NO SE ADJUNTA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, ES POSIBLE QUE SE RETRASE LA REVISIÓN DE SU APELACIÓN. Se tomará una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días a partir de la recepción de todos los documentos necesarios.

Marque el casillero que mejor describa el motivo de su apelación:

**Determinación de Elegibilidad para el Seguro Odontológico, Oftalmológico y los Beneficios del Programa de Asistencia al Empleado**   
(Se requiere la documentación de las horas trabajadas durante el periodo relevante)

**El Monto de Reintegro se Pagó de Forma Incorrecta.**   
(Envíe copias del Formulario de Reintegro y la Documentación Requerida conforme a ese Formulario)

**El Monto de Reintegro no fue recibido.**   
(Envíe otra vez el Formulario de Reclamación de Reintegro y toda la Documentación requerida)

**Determinación de Elegibilidad para el Fideicomiso Complementario.**   
(Se requiere la documentación de las horas trabajadas durante el periodo relevante)

**Otros Motivos, especifíquelos.** \_\_\_\_\_

**Fondos solicitados**

**Envíe este formulario y los documentos complementarios por correo o fax a:**

Dirección

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

Fax: Oregon Homecare Workers Trust, 1-866-459-4623

electrónico

: [OHCWT@bsitpa.com](mailto:OHCWT@bsitpa.com) Asunto: Reintegro OHCWT

Teléfono: 844.507.7554

Certifico que estas declaraciones son verdaderas y que, si corresponde, se ha incurrido en los gastos reclamados de la manera indicada.

Firma del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_