

**BIỂU MẪU HỢI ĐỦ ĐIỀU KIỆN và KHÁNG CÁO BỒI HOÀN**  
**TRƯỚC HẾT NÊN GỌI SỐ 1-844-507-7554**



Họ của Nhân viên: \_\_\_\_\_ Tên: \_\_\_\_\_  
Số điện thoại: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ email: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

**NẾU KHÔNG GỬI GIẤY TỜ BẮT BUỘC, VIỆC XEM XÉT ĐƠN KHÁNG CÁO CỦA QUÝ VỊ CÓ THỂ BỊ CHẬM TRỄ.** Đơn kháng cáo của quý vị sẽ được quyết định trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được mọi giấy tờ cần thiết.

Vui lòng đánh dấu vào ô mô tả tốt nhất lý do khiến quý vị kháng cáo:

**Quyết định Đủ Điều kiện nhận các phúc lợi của Chương trình Hỗ trợ Nhân viên, Nhân khoa và Nha khoa**  
(Yêu cầu các giấy tờ chứng minh số giờ đã làm việc trong khoảng thời gian liên quan)

**Số tiền Bồi hoàn được Hoàn trả không đúng.**

(Gửi các bản sao Đơn Yêu cầu Bồi hoàn và Giấy tờ bắt buộc theo Đơn đó)

**Không nhận được Số tiền bồi hoàn.**

(Gửi lại Đơn Yêu cầu Bồi hoàn và toàn bộ Giấy tờ bắt buộc)

**Quyết định Khả năng Hội đủ Điều kiện theo Quý Tín thác Trợ cấp.**

(Yêu cầu các giấy tờ chứng minh số giờ đã làm việc trong khoảng thời gian liên quan)

**Các vấn đề khác, vui lòng nêu rõ.**

\_\_\_\_\_

**Số tiền yêu cầu**

\$

**Vui lòng gửi qua Bưu điện hoặc Fax mẫu đơn này và các chứng từ hỗ trợ đến:**

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

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

Email: [OHCWT@bsitpa.com](mailto:OHCWT@bsitpa.com) Tiêu đề: Bồi hoàn OHCWT

Điện

thoại: 844.507.7554

Tôi xác nhận rằng những câu trên là đúng sự thật và rằng, nếu có thì các chi phí yêu cầu đã phát sinh như được nêu.

Chữ ký của Thành viên: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_