

Supplemental & Benefits Trusts

**ФОРМА ЗАПРОСА НА ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ**

Фамилия	Имя
Почтовый адрес	Город, штат, индекс
Номер социального страхования	Дата рождения
Эл. почта	Предпочтительный язык общения
Контактный телефон	Предпочтительное время для звонков

ПОЗИЦИЯ**ЗАПРАШИВАЕМОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ****Выплата Medicare Часть B**

\$ _____

При первом получении права на выплату согласно части B следует предоставить доказательство этого права и сообщить дату начала выплат по программе страхования. **Программа Medicare Advantage, дополнительная программа, часть D или программа Rx (до \$44)**

\$ _____

При первом получении права на выплату по программе Medicare Advantage, дополнительной программе ИЛИ программе согласно части D, а также ежегодно после этого следует предоставить доказательство этого права и сообщить дату начала выплат по программе страхования.

Возмещение расходов по медицинскому страхованию

\$ _____

За каждый месяц, по которому Вы запрашиваете возмещение, необходимо предоставлять доказательство размера ежемесячных расходов на медицинское обслуживание и совершения платежа.

Самостоятельно оплачиваемые расходы на медицинское обслуживание

\$ _____

До \$4 000 за календарный год в 2017 году и до \$5 000 в 2018 году. По каждому запросу на возмещение расходов необходимо предоставить данные о льготах от Вашей страховой компании или квитанцию из аптеки с выписанным рецептом.

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

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

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

Телефон: 1-844-507-7554 доп. номер 3, затем доп. номер 2

Я подтверждаю, что предоставленная в этом документе информация является правдивой и что указанные в нем расходы связаны исключительно с моим медицинским страхованием и обслуживанием. Я также подтверждаю, что я еще не получал (-а) возмещения каких бы то ни было приведенных выше сумм от Дополнительного доверительного фонда или из любого другого источника.

Подпись: _____ Дата: _____