



Providing Benefits to Oregon Homecare
and Personal Support Workers

Benefits Trust

ФОРМА ОТКАЗА

Имя: _____ Фамилия: _____

Телефон: _____ Адрес: _____

Эл. почта: _____ Номер социального
страхования: _____

Я подтверждаю, что мне было предложено медицинское страхование на услуги стоматолога, окулиста и по программе помощи сотрудникам (EAP) через Льготный доверительный фонд для работников по уходу на дому штата Орегон.

Подписывая настоящий документ, я отказываюсь от этого медицинского страхования, так как:

- Я получаю страховое покрытие, предоставляемое в рамках плана медицинского страхования супруга (супруги), партнера или работодателя родителя
- Я получаю страховое покрытие, предоставляемое в рамках плана медицинского страхования от другого работодателя
- Другое (пожалуйста, укажите причину ниже):

Подписывая настоящий документ, я добровольно отказываюсь от права на медицинское страхование, на которое в ином случае я могу претендовать через Льготный доверительный фонд для работников по уходу на дому штата Орегон.

X _____

Дата: _____

WAV001E

The benefits of the Homecare Workers Supplemental and Benefits Trusts were negotiated by SEIU Local 503 homecare and personal support workers through their bargaining team.

P.O. BOX 6, MUKILTEO, WASHINGTON 98275

Trust Administration: 844-507-7554

fax: 866-459-4623

email: OHCWT@bsitpa.com

