



Providing Benefits to Oregon Homecare  
and Personal Support Workers

## Benefits Trust

### BIỂU MẪU KHƯỚC TỪ

Tên: \_\_\_\_\_ Họ: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Số An sinh Xã hội: \_\_\_\_\_

Tôi xác nhận rằng tôi đã được cấp bảo hiểm Chương trình Hỗ trợ Nhân viên (EAP), Nha khoa và Nha khoa thông qua Quỹ Tín thác Phúc lợi Nhân viên Chăm sóc Tại nhà Oregon.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi từ chối nhận bảo hiểm này bởi vì:

- Tôi đã được bảo hiểm thông qua chủ sử dụng lao động của vợ/chồng, bạn đời hoặc bố/mẹ tôi
- Tôi đã được bảo hiểm thông qua một chủ sử dụng lao động khác
- Khác (vui lòng nêu rõ lý do dưới đây):  
\_\_\_\_\_

**Bằng việc ký tên dưới đây, tôi hiểu rằng tôi đang tự nguyện khước từ quyền nhận bảo hiểm của mình mà tôi đủ điều kiện nhận thông qua Quỹ Tín thác Phúc lợi Nhân viên Chăm sóc Tại nhà Oregon.**

**X** \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

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

