

Supplemental Trust

Declaración jurada sobre el uso de la tarjeta de conveniencia para beneficios

Firme esta declaración jurada a continuación y envíela a la oficina del Fideicomiso Complementario de los Trabajadores de Atención Domiciliaria de Oregon.

Yo, _____, al firmar a continuación, certifico que usaré la Tarjeta de Beneficios (la "Tarjeta") que me entregó el Oregon Homecare Workers Supplemental Trust (Fideicomiso Complementario de los Trabajadores de la Atención Domiciliaria de Oregon) (el "Fideicomiso") mediante Ameriflex solo para pagar gastos médicos y copagos de medicamentos recetados, deducibles y gastos de coseguro relacionados con las reclamaciones cubiertas por mi plan aprobado por el Fideicomiso o el plan de Medicare, siempre que las reclamaciones se presenten mientras yo sea elegible para los beneficios del Fideicomiso.

También certifico que usaré la Tarjeta solo para pagar los gastos médicos enumerados anteriormente y los montos de las primas cubiertos por el Fideicomiso para: (a) bienes que compro únicamente para mi propio uso; y (b) servicios que se me prestan directa y exclusivamente a mí.

Comprendo que tengo la obligación de proporcionar la documentación de los gastos de mi tarjeta de forma inmediata al administrador de la Tarjeta, Ameriflex, para que este pueda verificar que los gastos sean cubiertos por el Fideicomiso. Comprendo que, si mi Tarjeta se usa para pagar gastos que no sean cubiertos por el Fideicomiso, tendré la obligación de reembolsar al Fideicomiso dichos gastos, y mi Tarjeta será anulada.

Entiendo que puedo encontrar más información acerca de la Tarjeta y los términos que se utilizan en esta carta en el folleto del plan, en las Preguntas Frecuentes de la Tarjeta de Conveniencia para Beneficios o visitando el sitio web del Fideicomiso en <https://www.orphomecaretrust.org/2018-resources/#medical>.

Firma del Participante

Fecha

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

[Revisado en octubre de 2018 | 90E1030]

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

P.O. BOX 6, MUKILTEO, WASHINGTON 98275 website: orphomecaretrust.org

Trust Administration: 844-507-7554 fax: 866-459-4623 email: OHCWT@vimly.com

