

Supplemental Trust

Письменное подтверждение использования карты для получения пособия

Подпишите письменное подтверждение ниже и отправьте его обратно в отделение Дополнительного доверительного фонда для работников по уходу на дому штата Орегон.

Я, _____, подписавшийся ниже, подтверждаю, что буду использовать карту для получения пособия (далее — «Карта»), выданную мне через компанию Ameriflex Дополнительным доверительным фондом для работников по уходу на дому штата Орегон (далее — «Доверительный фонд»), только для оплаты дополнительных расходов на отпускаемые по рецепту лекарства и расходы по совместному страхованию, связанные с претензиями, которые покрываются моим планом, утвержденным Доверительным фондом или планом Medicare, при условии, что на момент оформления претензий я имел(-а) право на получение пособия.

Я также подтверждаю, что буду использовать Карту только для оплаты перечисленных выше медицинских расходов и страховых сумм, покрываемых Доверительным фондом: (a) товары, которые я покупаю, предназначены исключительно для моего личного пользования; (b) все услуги предоставляются напрямую мне лично.

Я понимаю, что обязуюсь немедленно предоставить компании Ameriflex, которая ведет учет операций по Карте, документы о расходах, оплаченных с моей Карты, чтобы Доверительный фонд мог убедиться, что эти расходы покрываются соответствующей программой. Я понимаю, что если моя Карта будет использована для оплаты любых расходов, не возмещаемых Доверительным фондом, я буду обязан(-а) немедленно возместить Доверительному фонду любые такие расходы и моя Карта будет аннулирована.

Я понимаю, что могу ознакомиться с дополнительной информацией о Карте и условиях ее использования в приложении к этому письму, в брошюре с описанием плана, в разделе «Часто задаваемые вопросы о карте для получения пособия», а также на веб-сайте Доверительного фонда: <https://www.orphomecaretrust.org/2018-resources/#medical>.

Подпись участника

Дата

Официальное имя (фамилия, имя, отчество): _____

Почтовый адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

[Пересмотренная версия, октябрь 2018 г. | 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

