

Supplemental Trust

Bản Khai Có Tuyên Thệ Về Việc Sử Dụng Thẻ Phúc Lợi Tiện Ích

Vui lòng ký vào bản khai có tuyên thệ dưới đây và gửi trả lại văn phòng Quỹ Tín thác Trợ cấp Nhân viên Chăm sóc Tại nhà Oregon.

Tôi, _____, bằng chữ ký của tôi dưới đây, xác nhận rằng tôi sẽ sử dụng Thẻ Phúc lợi (“Thẻ”) được cấp thông qua Ameriflex bởi Quỹ Tín Thác Trợ Cấp Nhân Viên Chăm Sóc Tại Nhà Oregon (“Quỹ Tín Thác”) chỉ để thanh toán các khoản đồng thanh toán y tế và thuốc theo toa, tiền khấu trừ và các chi phí đồng bảo hiểm liên quan đến các yêu cầu bảo hiểm được chương trình Trust-Approved Plan hoặc Medicare của tôi bao trả miễn là các yêu cầu phát sinh trong khi tôi đủ điều kiện nhận các phúc lợi Quỹ Tín Thác.

Tôi cũng xác nhận rằng tôi sẽ chỉ sử dụng Thẻ để thanh toán các chi phí y tế được liệt kê ở trên và các khoản phí bảo hiểm được bao trả bởi Quỹ Tín Thác: (a) hàng hóa mà tôi chỉ mua để sử dụng riêng; và (b) các dịch vụ được cung cấp trực tiếp và duy nhất cho tôi.

Tôi hiểu rằng tôi có nghĩa vụ phải cung cấp kịp thời cho Quản trị viên Thẻ, Ameriflex, tài liệu về các chi phí được tính vào thẻ của tôi để Quỹ Tín Thác có thể xác minh rằng các chi phí đó được bao trả bởi Quỹ Tín Thác. Tôi hiểu rằng nếu Thẻ của tôi được sử dụng để thanh toán cho những chi phí không được Quỹ Tín Thác bao trả, tôi sẽ có nghĩa vụ ngay lập tức hoàn trả cho Quỹ Tín Thác những chi phí đó và Thẻ của tôi sẽ bị thu hồi.

Tôi hiểu rằng tôi có thể tìm thêm thông tin về Thẻ và các điều khoản được sử dụng trong thư này trong Sổ Tay Chương Trình của tôi, Các Câu Hỏi Thường Gặp về Thẻ Phúc Lợi Tiện Ích hoặc bằng cách truy cập trang web của Quỹ Tín Thác tại <https://www.orphomecaretrust.org/2018-resources/#medical>.

Chữ ký Người tham gia

Ngày

Tên pháp lý (Họ, Tên, Tên đệm):

Địa chỉ gửi thư:

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

[Sửa đổi tháng 10 năm 2018 | 9OE1030]

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