

Supplemental Trust

关于使用福利便利卡的宣誓书

请签署下方的宣誓书，并将宣誓书寄回俄勒冈家庭护理工作补充信托办公室。

我是，_____通过我在下面的签名，我确认
认将俄勒冈家庭护理工作补充信托（“信托”）通过 Ameriflex 发给我的福利卡（“卡
片”）用于我的信托批准计划或 Medicare 所承保的索赔相关的治疗和处方药自付额、免赔
额和共同保险费用，前提是这些索赔额在我有资格取得信托福利期间发生。

我还确认我仅将该卡片用于支付上述医疗费用以及信托承保的以下保费金额：（a）我购买
的仅供我自用的商品；以及（b）直接且仅向我本人提供的服务。

我理解，我有义务及时向卡片管理人 Ameriflex 提供向我的卡片收取费用的证明文件，以使
信托可以确认其承保的该等费用。我理解，如果我的卡片用于支付任何信托未承保的费用，
我将有义务立刻向信托偿还该等费用，且我的卡片将因此被注销。

我理解，我可以查阅我的计划手册、福利便利卡常见问题解答或访问信托网站
<https://www.orphomecaretrust.org/2018-resources/#medical>找到有关该卡和本信函中所用术
语的更多信息。

参与者签字

日期

法定姓名（姓、名、中间名）：_____

通信地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

[2018 年 10 月修订 | 90E1030]