

Supplemental & Benefit Trusts

## 资格及报销申诉表

请勾选最能说明您申诉理由的方框，提交一封信函以说明您的申诉情况，并提供您选择的申诉类型所要求的文件。如果未提供上述项目，您的申诉审核可能会有所延迟。在收到由您提交的全部所需文件后，我们将在 30 日内针对您的申诉作出决定。

- 牙科、眼科以及员工援助计划福利的资格评定。需要提供相关期间内的工时证明文件。
- 所支付的报销金额有误。寄送报销单副本，以及该报销单要求寄送的证明文件。
- 未收到报销金额。重新寄送报销单以及所需的所有证明文件。
- 补充信托项下的资格评定。需要提供相关时段内的工时证明。
- 其它。请在信函中注明情况和申诉请求，并提供证明文件。

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： \_\_\_\_\_

能够联系到您的最佳电话号码： \_\_\_\_\_

**请将此表格和证明文件邮寄或传真至： Oregon Homecare Workers Trust, PO Box 6,  
Mulkiteo, WA 98275。 传真： 1-866-459-4623。**

90E1033