

Supplemental & Benefit Trusts

Форма апелляции о правомочности и возмещении

Отметьте пункт, в котором лучше всего описывается причина вашей апелляции, отправьте письмо с объяснением обстоятельств вашей апелляции и предоставьте документацию, запрошенную для выбранного типа апелляции. Если вышеуказанные пункты не соблюдены, рассмотрение вашей апелляции может быть отложено. Решение по вашей апелляции будет принято в течение 30 дней после получения всех необходимых документов.

- Определение права на получение льгот за услуги стоматологии, офтальмологии, а также по программе помощи сотрудникам. Необходима документация, подтверждающая отработанное время за соответствующий период.
- Неверно выплачена сумма возмещения. Отправьте копии формы запроса на возмещение и документации, предоставляемой вместе с соответствующей формой.
- Не получена сумма возмещения. Повторно отправьте форму на возмещение расходов и всю необходимую документацию.
- Определение правомочности по Дополнительному доверительному фонду. Необходима документация, подтверждающая отработанное время за соответствующий период.
- Другое. Укажите в письме обстоятельства и суть апелляции и предоставьте подтверждающую документацию.

Подпись участника

Дата

Официальное имя (фамилия, имя, отчество): _____

Почтовый адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Ваш контактный номер телефона: _____

Отправьте данную форму и подтверждающие документы по факсу или почте (см. реквизиты ниже) Oregon Homecare Workers Trust, PO Box 6, Mukiteo, WA 98275. Факс: 1-866-459-4623.

90E1033