

Supplemental & Benefit Trusts

Mẫu Hội đủ Điều kiện và Kháng cáo Bồi hoàn

Vui lòng đánh dấu vào ô mô tả đúng nhất lý do quý vị kháng cáo, gửi một thư giải thích hoàn cảnh kháng cáo và cung cấp chứng từ được yêu cầu đối với loại kháng cáo mà quý vị đã chọn. Nếu các mục trên không được cung cấp, việc xem xét kháng cáo của quý vị có thể bị hoãn lại. Đơn kháng cáo của quý vị sẽ được quyết định trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được mọi giấy tờ cần thiết.

- € Quyết định Đủ Điều kiện nhận các phúc lợi của Chương trình Hỗ trợ Nhân viên, Nhân khoa và Nha khoa. Yêu cầu các giấy tờ chứng minh số giờ đã làm việc trong giai đoạn liên quan.
- € Số tiền Bồi hoàn được Hoàn trả không đúng. Gửi các bản sao Đơn Yêu cầu Bồi hoàn và Giấy tờ bắt buộc theo đơn đó.
- € Không nhận được Số tiền bồi hoàn. Gửi lại Đơn Yêu cầu Bồi hoàn và toàn bộ giấy tờ bắt buộc.
- € Quyết định khả năng hội đủ điều kiện theo quỹ tín thác Trợ cấp. Yêu cầu các giấy tờ chứng minh số giờ đã làm việc trong khoảng thời gian liên quan.
- € Khác. Vui lòng nêu rõ trong thư của quý vị hoàn cảnh và yêu cầu kháng cáo và cung cấp các chứng từ hỗ trợ.

Chữ ký Người tham gia

Ngày

Tên Pháp lý (Họ, Tên, Tên đệm): _____

Địa chỉ Gửi thư: _____

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

Số điện thoại tiện Liên lạc nhất của Quý vị: _____

Vui lòng gửi qua Bưu điện hoặc Fax mẫu này và các chứng từ hỗ trợ đến: Oregon Homecare Workers Trust, PO Box 6, Mukilteo, WA 98275. Fax: 1-866-459-4623.

90E1033