

Supplemental & Benefit Trusts**Форма запроса на возмещение расходов по программе Medicare**

Полное имя (фамилия, имя, отчество) _____

Домашний адрес _____

Город _____ Штат _____ Индекс _____

Дата рождения _____

Номер поставщика услуг _____ Пол _____ Предпочтительный язык общения _____

Домашний адрес эл. почты _____

- Я понимаю, что отметив данный пункт, я подтверждаю, что хотел(-а) бы получать информацию и обновления от Доверительного фонда по электронной почте
- Я хотел(-а) бы отказаться от получения информации и обновлений от Доверительного фонда по электронной почте

Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____

Доверительный фонд может периодически использовать полученный номер телефона для автоматических звонков и/или отправки текстовых сообщений. Доверительные фонды не взимают плату за отправку предупреждений. К таким предупреждениям могут относиться сообщения поставщика услуг и данные о ставках. Вы можете ответить «STOP» (Остановить), чтобы отказаться от получения сообщений, или «HELP» (Помощь), чтобы получить дополнительную информацию. Если вы хотите отказаться от текстовых сообщений, отметьте этот пункт галочкой.

ПОЗИЦИЯ**ЗАПРАШИВАЕМОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ****Выплата Medicare Часть В** \$ _____

При первом получении права на выплату согласно части В следует предоставить доказательство этого права и сообщить дату начала выплат по программе страхования.

Программа Medicare Advantage, дополнительная программа, часть D или программа Rx (до 44 \$) \$ _____

При первом получении права на выплату по программе Medicare Advantage, дополнительной программе или программе согласно части D, а также ежегодно после этого следует предоставить доказательство этого права и сообщить дату начала выплат по программе страхования.

Самостоятельно оплачиваемые расходы на медицинское обслуживание \$ _____

До \$5000 за календарный год в 2018 году и до \$6000 в 2019 году. По каждому запросу на возмещение расходов необходимо предоставить данные о льготах от вашей страховой компании или квитанцию из аптеки с выписанным рецептом.

Отправьте данную форму и подтверждающие документы через сервис DocuSign, по факсу или почте:**DocuSign:** www.orphomecaretrust.org/reimbursement/**Факс:** Oregon Homecare Worker Trust, 1-866-459-4623**Почтовый адрес:** Oregon Homecare Worker Trust, PO Box 6, Mukilteo, WA 98275**Телефон:** 1-844-507-7554 доп. номер 3, затем доп. номер 2

Я подтверждаю, что предоставленная в этом документе информация является правдивой и что указанные в нем расходы связаны исключительно с моим медицинским страхованием и обслуживанием. Я также подтверждаю, что я еще не получал(-а) возмещения каких бы то ни было приведенных выше сумм от Дополнительного доверительного фонда или из любого другого источника.

Подпись: _____ Дата: _____