



Supplemental Trust  
医疗费报销申请表（以下内容请用英文填写）

法定姓名（姓、名、中间名） \_\_\_\_\_

家庭住址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_

居家护理工作 \_\_\_\_\_ 性别（男填“M”，女填“F”） \_\_\_\_\_

首选语言（粤语填“Cantonese”，国语填“Mandarin”） \_\_\_\_\_

家庭电子邮件地址 \_\_\_\_\_

本人理解：如果勾选此框，即表明本人愿意接收信托通过电子邮件发送的信息和更新内容

本人不愿意接收信托通过电子邮件发送的信息和更新内容

家庭电话 \_\_\_\_\_ 手机 \_\_\_\_\_

通过提供我的电话号码，信托可以定期使用自动呼叫功能和/或向我的手机发送短信。信托绝不会收取短信提醒费用。运营商消息和数据费率可能适用于此类提醒。回复“STOP（停止）”以停止接收消息，回复“HELP（帮助）”以获取更多信息。如果您希望选择停止接收短信，请选中此框

项目	申请报销额度
----	--------

医疗保费报销	\$ _____
--------	----------

每月申请报销期间必须提供月度医疗保费证明以及支付证明。

如果已拥有家庭计划，请在此处查看高级信息

医疗实付费用	\$ _____
--------	----------

2019年，此日历年度的最高福利金额为 \$6000。2020年，此日历年度的最高福利金额为 \$6,190。每次报销申请均需提供发自您保险公司的福利说明书（EOB: Explanation Of Benefits）或含所开具处方药的药房收据。

请通过 DocuSign、传真或邮寄方式将此表格和相关证明文件发送至：

DocuSign: 用此链接 [www.orhomecaretrust.org/reimbursement/](http://www.orhomecaretrust.org/reimbursement/)

传真至： Oregon Homecare Worker Trust, 1-866-459-4623

邮件至： Oregon Homecare Worker Trust, PO Box 6, Mukilteo, WA 98275

电话： 1-844-507-7554，选 3，然后选 2

我声明，本表格所提供的信息属实，表格上的费用已产生，且仅与我自身的医疗保险及费用相关。我还声明，我尚未收到补充信托的报销，或从任何其他来源收到任何上述金额的援助。

签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_