

Supplemental Trust

Mẫu Yêu cầu Bồi hoàn Y tế

Tên pháp lý (Họ, Tên, Tên đệm) _____

Địa chỉ Nhà _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã bưu chính _____

Ngày sinh _____

Mã số Nhà cung cấp _____ Giới tính _____ Ngôn ngữ ưu tiên _____

Địa chỉ Thư điện tử _____

- Tôi hiểu bằng việc đánh dấu vào ô này, tôi cho biết tôi muốn nhận thông tin và cập nhật từ Quỹ Tín Thác qua thư điện tử
- Tôi muốn chọn không nhận thông tin và cập nhật từ Quỹ Tín Thác qua thư điện tử

Điện thoại nhà _____ Điện thoại di động _____

Bằng việc cung cấp số điện thoại của tôi, Quỹ Tín Thác có thể sử dụng các công nghệ gọi điện tự động và/hoặc nhắn tin vào điện thoại di động cho tôi theo định kỳ. Quỹ Tín Thác sẽ không bao giờ tính phí cho thông báo tin nhắn văn bản. Thông báo của nhà cung cấp dịch vụ và tốc độ dữ liệu có thể áp dụng cho các cảnh báo. Trả lời NGỪNG LẠI (STOP) để ngừng nhận tin nhắn, trả lời GIÚP ĐỠ (HELP) để biết thêm thông tin. Nếu quý vị muốn chọn không nhận tin nhắn văn bản, vui lòng đánh dấu vào ô này

KHOẢN MỤC**SỐ TIỀN YÊU CẦU BỒI HOÀN****Bồi hoàn Phí Bảo hiểm Y tế** \$ _____

Yêu cầu Bằng chứng Hàng tháng về Phí Bảo hiểm Y tế và bằng chứng thanh toán phải được cung cấp cho mỗi lần bồi hoàn theo tháng.

- Đánh dấu vào đây để được tạm ứng nếu đang tham gia chương trình gia đình

Chi phí Y tế Xuất túi \$ _____

Tối đa là \$6000 mỗi niên lịch trong năm 2019 và tối đa là \$6.190 trong năm 2020. Bản Giải thích về Phúc lợi từ công ty bảo hiểm của quý vị hoặc biên nhận của nhà thuốc tây cùng với đơn thuốc phải được cung cấp cho từng lần yêu cầu bồi hoàn.

Vui lòng DocuSign, Fax, hoặc gửi qua bưu điện mẫu này và các chứng từ hỗ trợ đến:**DocuSign:** www.orphomecaretrust.org/reimbursement/**Fax:** Oregon Homecare Worker Trust, 1-866-459-4623**Qua bưu điện:** Oregon Homecare Worker Trust, PO Box 6, Mukilteo, WA 98275**Điện thoại:** 1-844-507-7554 Chọn 3, sau đó Chọn 2

Tôi xác nhận rằng thông tin cung cấp trong đơn này là đúng sự thật và tôi đã phát sinh những chi phí mô tả trong đơn này chỉ liên quan đến các chi phí và bảo hiểm y tế của tôi. Tôi cũng xác nhận rằng tôi chưa nhận bồi hoàn từ Quỹ Tín thác Trợ cấp hay bất kỳ nguồn hỗ trợ nào khác cho các khoản tiền được liệt kê bên trên.

Chữ ký: _____ Ngày: _____