



Дата подачи заявления: _____

ВАША ИНФОРМАЦИЯ: Я хочу, чтобы мой вопрос рассматривали:

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО (Ваша информация хранится с соблюдением конфиденциальности, но ваша личность известна службе главного инспектора программы Medicaid, OMIG. Таким образом OMIG может связаться с вами для получения дополнительной информации или разъяснений по вашему заявлению.)

АНОНИМНО (личная информация не предоставляется/не известна OMIG/BMFA)

Имя и фамилия: _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Телефон: () _____ Адрес эл. почты: _____ Ид. номер в программе MEDICAID: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ: Поставщика Получателя услуг по программе MEDICAID

Наименование (имя и фамилия): _____ Идентификационный номер поставщика/номер лицензии или идентификационный номер в программе MEDICAID _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Округ: _____ Дата рождения: _____ Номер социального страхования: _____

Телефон: () _____ Адрес эл. почты: _____

СУТЬ ЗАЯВЛЕНИЯ: _____

