



ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ДЕЛА				
ОКРУГ	НОМЕР ЗАПИСИ	КАТЕГОРИЯ	КОНТРОЛЬНЫЙ КОД	ОКРУЖ. ОФИС
ИМЯ И ФАМИЛИЯ				

СОГЛАСИЕ И РАЗРЕШЕНИЕ НА УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ИСКА О ВОЗМЕЩЕНИИ ПОСОБИЯ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAL ASSISTANCE

ПРИНИМАЯ ВО ВНИМАНИЕ, что у меня есть право или основание для предъявления иска, возникшее в результате получения травмы, а именно:

и что в Департамент социального обеспечения штата Пенсильвания подано заявление на получение пособия по программе Medical Assistance на лечение вследствие моей травмы,

ТО С УЧЕТОМ ВЫШЕИЗЛОЖЕННОГО, в обмен на такое пособие по программе Medical Assistance, выплачиваемое предварительно до принятия решения или урегулирования права или основания для предъявления иска, я настоящим соглашаюсь удовлетворить любое требование Департамента социального обеспечения штата Пенсильвания о возмещении такого предварительно выплаченного пособия, которое впоследствии, в результате принятия решения или урегулирования права или основания для предъявления иска, окажется выплаченным ошибочно. Сумма требования Департамента социального обеспечения штата Пенсильвания в отношении ошибочно выплаченного пособия по программе Medical Assistance будет равна сумме такого предварительно выплаченного пособия на оплату медицинской помощи или обслуживания, связанных с вышеуказанной травмой, либо сумме денежных средств, полученных мною в результате принятия решения или урегулирования права или основания для предъявления иска, в зависимости от того, какая из этих сумм меньше.

Настоящим я соглашаюсь, что все расходы на правовые услуги и побочные затраты оплачиваю я и что их нельзя относить на счет Департамента социального обеспечения.

Настоящим я даю своему доверенному лицу или представителю указание выплатить Департаменту социального обеспечения денежные средства, которые могут оказаться в распоряжении такого доверенного лица, за вычетом расходов на правовые услуги и затрат, связанных с возвратом вышеупомянутых денежных средств, либо часть остатка денежных средств, необходимую для удовлетворения требования Департамента социального обеспечения о возмещении пособия. При этом подразумевается, что настоящее разрешение является безотзывным и что я выражаю намерение взять на себя юридические обязательства.

Я также соглашаюсь уведомить окружное управление социальной помощи и сразу же произвести платеж, если денежные средства окажутся в моем распоряжении.

Для целей данного соглашения я настоящим предоставляю полномочия протонотарию либо любому адвокату, любого суда письменного производства штата Пенсильвания и других штатов после подтверждения Департаментом социального обеспечения штата Пенсильвания, после принятия решения или урегулирования вышеупомянутого права или основания для предъявления в связи с тем, что предварительно выплаченное мне пособие по программе Medical Assistance было выплачено ошибочно, представлять в суде мои интересы и выносить в отношении меня решение с занесением его в соответствующее производство на сумму 5 000,00 (пять тысяч) долларов США с заявлением или без него, с исключением ошибок и без приостановки исполнения.

Я также соглашаюсь с тем, что, если сумма вышеупомянутого требования о возмещении пособия будет меньше 5 000,00 (пяти тысяч) долларов, я буду обязан (а) уплатить только меньшую сумму. Данная сумма должна быть взыскана так же, как взыскиваются другие присужденные суммы. Я также соглашаюсь с тем, что мое недвижимое имущество может быть продано на основании исполнительного судебного документа. Настоящим я отказываюсь от прав и средств защиты по законам всех штатов или законам США, которые действуют в настоящее время или будут приняты впоследствии, в отношении оценки стоимости, приостановки исполнения или освобождения от уплаты.

Свидетель: _____

Подпись: _____ (ПЕЧАТЬ)

Дата: _____