



NHẬN DẠNG TRƯỜNG HỢP				
HẠT	SỐ HỒ SƠ	MỤC	KIỂM SOÁT	QUẬN
HỌ TÊN				

## THỎA THUẬN & ỦY QUYỀN THANH TOÁN YÊU CẦU TRỢ CẤP Y TẾ

XÉT RẰNG, tôi có quyền hoặc yêu cầu hành động phát sinh từ trường hợp bị thương, để:

và một đơn đã được nộp cho Thịnh vượng chung Pennsylvania, Bộ Dịch Vụ Nhân Sinh, để được Trợ Giúp Y Tế chăm sóc cho trường hợp bị thương của tôi.

BÂY GIỜ, khi chờ Yêu cầu trợ cấp y tế được xem xét giải quyết, tôi đồng ý trả cho Thịnh vượng chung Pennsylvania, Bộ Dịch Vụ Nhân Sinh mọi yêu cầu thanh toán cho trợ cấp tạm thời và sau đó phát hiện thấy rằng nó đã được thanh toán không chính xác do kết quả xét xử hoặc giải quyết các quyền hoặc yêu cầu hành động. Yêu cầu thanh toán của Thịnh vượng chung Pennsylvania, Bộ Dịch Vụ Nhân Sinh cho Trợ cấp y tế không được thanh toán chính xác sẽ là số tiền trợ cấp được thanh toán tạm thời cho chăm sóc y tế hoặc các dịch vụ liên quan đến trường hợp bị thương nêu trên, hay số tiền mà tôi nhận được do phán quyết hoặc xét xử quyền hoặc yêu cầu hành động, tùy theo số tiền nào ít hơn.

Tôi đồng ý thừa nhận rằng tất cả các chi phí pháp lý và các chi phí phát sinh là hoàn toàn thuộc trách nhiệm của tôi và không thuộc trách nhiệm của Bộ Dịch vụ Nhân sinh.

Theo đây, tôi ủy quyền cho luật sư hoặc đại diện của tôi phải thanh toán cho Bộ Dịch vụ Nhân sinh số tiền mà họ có thể nhận được, sau khi trừ đi các khoản chi phí và lệ phí pháp lý phát sinh để nhận lại được các khoản tiền đã nêu, hoặc khoản tiền còn lại cần thiết để đáp ứng yêu cầu thanh toán của Bộ Dịch vụ Nhân Sinh.

Tôi hiểu rằng ủy quyền này là ủy quyền không thể hủy ngang và tôi bị ràng buộc pháp lý bởi ủy quyền này.

Tôi đồng ý sẽ thông báo ngay cho văn phòng hỗ trợ cấp hạt và thực hiện thanh toán ngay khi tôi nhận được khoản tiền này.

Để thực hiện mục đích của thỏa thuận này, tôi ủy quyền cho lục sư, hoặc bất kỳ luật sư, và tòa án của Pennsylvania, hoặc ở nơi khác, theo xác nhận của Sở Thịnh vượng Pennsylvania, Bộ Dịch vụ Nhân sinh, sau khi xét xử hoặc giải quyết quyền hoặc yêu cầu hành động nêu trên rằng Trợ cấp y tế được cung cấp tạm thời vì lợi ích của tôi đã được thanh toán không đúng cho tôi với số tiền là năm ngàn đô la (\$5,000.00) có hoặc không có tuyên bố, phát hành có sai sót và không có hiệu lực.

Tôi cũng chấp thuận thêm rằng nếu yêu cầu trợ cấp như định nghĩa ở trên ít hơn năm ngàn đô la (\$5,000.00) tôi sẽ chỉ phải trả số tiền ít hơn. Phán quyết này sẽ được đưa ra như những phán quyết khác. Tôi cũng chấp nhận rằng bất động sản của tôi có thể bị bán dưới hình thức thi hành. Theo đây, tôi xin từ bỏ và giải phóng khỏi mọi sự trợ giúp của bất kỳ và tất cả những đánh giá, luật cư trú và ngoại lệ của bất kỳ bang nào hoặc của Hoa Kỳ, hiện đang có hiệu lực hoặc sau đó được thông qua.

Người làm chứng: \_\_\_\_\_ Chữ ký: \_\_\_\_\_ (CON DẤU)

Ngày tháng: \_\_\_\_\_