

| 案例识别 | | | | |
|------|------|----|----|----|
| 郡 | 记录编号 | 类别 | 控制 | 地区 |
| 姓名 | | | | |

支付医疗援助索偿的协议和授权

鉴于，本人拥有因人身伤害而提起诉讼的权利或理由，即：

并已向宾夕法尼亚州公共事业部提交了基于医疗事故所造成伤害的医疗援助申请。

因此，鉴于在根据提起诉讼的权利或原因而作出判决或和解之前已获得临时性医疗援助，本人特此同意，针对已临时性支付而随后根据前述判决或和解发现属不当支付的援助的索偿，向宾夕法尼亚州公共事业部进行支付。宾夕法尼亚州公共事业部关于医疗援助不当支付的索偿金额将会是下列两种金额中较少的一个：因医疗事故或医疗服务事故造成前述伤害而产生的临时性援助金额，或，由于根据提起诉讼的权利或理由而作出的判决或和解而收到的款项金额。

本人在此确认所有法律费用及附带费用完全由本人负责，不向公共事业部收取。

本人特此指示本人律师或代表，向公共事业部转交该律师可能收到的款项，该款项应扣除收回所述款项所花费的法律费用和成本，或该款项的余额应足以支付公共事业部的索偿数额。本人清楚，该授权是不可撤销的，本人愿意接受法律约束。

本人还同意，如果我收到该款项，将立即通知郡援助办公室并进行支付。

在根据提起诉讼的权利或原因作出判决或和解后，如果经宾夕法尼亚州公共事业部证实针对我的福利所临时支付的医疗援助被不当支付，为实施本协议的目的，我特此授权宾夕法尼亚州或其他地方的首席书记官（或任何律师）和案件存放法院，在声明可有可无、过失免责且无延期执行的前提下，针对5000美元(\$5,000.00)的总额代理本人出庭和达成针对本人的判决。

此外，还约定，当上文所述的援助索偿少于五千美元(\$5,000.00)时，我应仅支付两者中金额较少的款项。该判决应可被其他判决收集采纳。本人还同意可以根据执行令状来出售本人的不动产。本人特此放弃和免除美国或美国任何一个州的现行有效的或今后将获通过的任何评估、延期或豁免法律所带来的一切救济。

见证人： _____ 签名： _____ (印章)

日期： _____