



## 預約就診驗證表

我們請您填寫此表單，因為我們需要更多資訊來完成您的申請。

### 申請條件：

- ▶ 請於預約前至少**兩個工作日**致電安排您的行程。
- ▶ 我們必須在您預約後**45天**內收到此表單。
- ▶ 您必須附上所有必要的收據。
- ▶ 在我們收到您完整填寫的表單與所有必要收據後，將於預約就診日起**14天**內撥款給您。
- ▶ 如果您的申請資料不完整，可能需再延長**14天**處理。

### 請填寫以下會員資訊

會員姓名： \_\_\_\_\_

Health Share會員Identification (ID, 識別) 碼： \_\_\_\_\_

### 請勾選適用於您行程的補助報銷項目。

遠距醫療預約就診不符合補助報銷資格。

**行駛里程的補助報銷**

**住宿的補助報銷**。符合以下條件可申請住宿補助：

- 行程在凌晨5:00前出發或在晚上9:00後結束
  - 您的醫療保健服務提供者確認您有醫療需求
- 需附收據。**

**餐費補助報銷**。符合餐費補助報銷條件者：

- 往返行程時間達4小時以上
  - 行程在上午6:00前出發、涵蓋上午11:30至下午1:30整段午餐時段，或在晚上6:30後結束
- 無需附收據。**

**會員：**請將填妥的表單與收據郵寄至：P.O. Box 301339, Portland, OR 97294

**醫療保健服務提供者：**請附上包含診所聯絡詳情的封面頁，並將表單傳真至503-296-2681

需要更多此表單副本嗎？請前往[ridetocare.com/members](https://ridetocare.com/members)

謝謝您！

## 申請編號1

---

預約日期與開始時間：

---

服務提供者姓名：

---

服務提供者地址：

---

服務提供者工作人員簽名：

---

預約就診結束時間：

---

## 申請編號2

---

預約日期與開始時間：

---

服務提供者姓名：

---

服務提供者地址：

---

服務提供者工作人員簽名：

---

預約就診結束時間：

---

## 申請編號3

---

預約日期與開始時間：

---

服務提供者姓名：

---

服務提供者地址：

---

服務提供者工作人員簽名：

---

預約就診結束時間：

---

您可以獲得本文件的其他語言版本、大字版、盲文版或您慣用的格式。您也有權使用口譯員。您可以透過經認證或合格的醫療保健口譯員獲得協助。此協助為免費提供。請致電800-224-4840、聽語障專線711，或告知您的醫療服務提供者。我們接受中繼電話。