

Claims
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

Hoàn thành đơn và gửi tới Bộ Lao Động và Kỹ Nghệ (Department of Labor & Industries)
Fax – 360-902-4567

Hoặc

Gửi thư đến:
Department of Labor and Industries
Claims Section
PO Box 44292
Olympia WA 98504-4291

Số Khiếu Nại: _____

Vui lòng Chuyển trường hợp của tôi

Ngày (thay đổi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe)

Tên Nhà Cung Cấp Hiện Tại	ID #/NPI # của nhà cung cấp
---------------------------	-----------------------------

Tên Nhà Cung Cấp Mới	ID #/NPI # của Nhà Cung Cấp
----------------------	-----------------------------

Địa Chỉ của Nhà Cung Cấp Mới			
Đường	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính

Lý Do Chuyển Đổi:

Tên Người Khiếu Nại		Ngày Hôm Nay	
Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Vùng

Chữ Ký Người Khiếu Nại
