**Форма разрешения на выставление счетов в страховую компанию и назначение выплат**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ),

 *Имя клиента Идентификатор клиента Департамента
 психического здоровья (DMH) №*

настоящим разрешаю [AGENCY NAME] опубликовать информацию, запрошенную в прилагаемой форме страхового заявления.

**Подпись** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим я поручаю и разрешаю выплату всех страховых платежей непосредственно [AGENCY NAME].

**Подпись** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Примечание для страховой компании.**

*Оформляйте все чеки на имя* [**AGENCY NAME]** *и направляйте их по адресу*:

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

**Федеральный налоговый идентификатор: [Налоговый идентификатор агентства]**

По всем вопросам обращайтесь в [Agency Billing Office]

* Эл. почта: [Billing Office/Contact e-mail]
* Номер телефона: [Billing Office phone number]