**Awtorisasyon sa Insurance at Pagtatalaga ng mga Benepisyo**

Ako, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ),

 *Pangalan ng Kliyente DMH ID# ng Kliyente*

ay nagpapahintulot sa [AGENCY NAME] na ilabas ang impormasyong hiniling sa nakalakip na form ng claim sa insurance.

**Lagda** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Petsa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ako ay nagtatalaga at nagpapahintulot ng pagbabayad ng lahat ng mga benepisyo nang direkta sa [AGENCY NAME].

**Lagda** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Petsa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Paunawa sa Insurer:**

*Mangyaring gawing magbabayad ang lahat ng tseke sa* [**AGENCY NAME]** *at ipadala sa*:

[Agency Name]

[Street Address 1]

[Street Address 2]

[City], CA [ZIP code]

**Federal Tax I.D. Number: [Agency Tax ID]**

Para sa mga katanungan, makipag-ugnayan sa [Agency Billing Office]

* E-mail: [Billing Office/Contact e-mail]
* Phone: [Billing Office phone number]