



EMPLOYEE CONFIRMATION LETTER

I have received the HCO State Enrollment Form and the CompPartners HCO Plan Enrollment and Membership Information brochure.

I acknowledge that my employer has posted the provider listings for the HCO.

I acknowledge that if I do not complete the enrollment forms and return it to my employer within 30 days my employer will enroll me in the CompPartners HCO.

I acknowledge that this letter pertains to worker's compensation only. This is not a health plan. This applies only to work related injuries or work related illnesses.

_____ Signature	_____ Date
_____ Print Name	_____ Name of Employer (Company)
_____ Social Security Number	

THƯ XÁC NHẬN CỦA NHÂN VIÊN *(Vietnamese)*

Tôi đã nhận được Mẫu Ghi Danh HCO của Tiểu Bang và cuốn sổ Ghi Danh Chương Trình HCO của CompPartners và Thông Tin về Tình Trạng Hội Viên.

Tôi xác nhận là hãng của tôi đã niêm yết bảng liệt kê các hãng cung cấp HCO.

Tôi xác nhận là nếu tôi không điền vào mẫu ghi danh và gửi lại cho hãng tôi trong vòng 30 ngày thì hãng sẽ ghi danh tôi vào CompPartners HCO.

Tôi xác nhận lá thư này chỉ đề cập đến việc đền bù cho tai nạn nghề nghiệp mà thôi. Đây không phải là chương trình sức khỏe. Việc này chỉ áp dụng cho các thương tích và bệnh hoạn có liên hệ tới công việc làm.

_____ Chữ ký	_____ Ngày
_____ Viết Tên Chữ In	_____ Tên Hãng (Công Ty)
_____ Số An Sinh Xã Hội	