

## Запрос о взыскании стоимости нестраховых расходов на здравоохранение Request for Collection of Uninsured Health Care Expenses

КОМУ:

ПО ВОПРОСУ:

НОМЕР ДЕЛА:

Отдел по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS) может взыскать стоимость нестраховых расходов на здравоохранение, уплаченных вами за своих детей, если вы не получили оплату от родителя, обязанного оплачивать медицинские расходы согласно действующему распоряжению об алиментах на содержание детей. Нестраховые расходы на здравоохранение включают в себя медицинское обслуживание, услуги стоматолога, офтальмолога, расходы на приобретение медикаментов, доплаты, франшизы и страховые взносы. Вы можете также включить оплату стоимости медицинского оборудования, если предоставите подтверждение того, что использование этого оборудования было предписано медицинским работником.

**Прочитайте информацию ниже и следуйте всем указаниям, чтобы предотвратить отклонение вашего запроса.**

Вы можете запросить отдел DCS о взыскании этих расходов, если выполнены **все перечисленные ниже условия**:

1. Вы являетесь родителем ребенка, за которого вы понесли расходы на здравоохранение.
2. У вас есть распоряжение органов штата Вашингтон о выплате алиментов на содержание детей, которое требует от другого родителя частично или полностью оплачивать расходы на здравоохранение.
3. Общая сумма уплаченных вами непокрытых страховкой расходов на здравоохранение на детей этого родителя составляет как минимум \$500,00.
4. Ваш ребенок получал услуги здравоохранения в течение последних 24 месяцев.
5. Последнее распоряжение о возмещении расходов на здравоохранение было принято по крайней мере 12 месяцев назад.
6. Вы запросили другого родителя о прямой оплате этих расходов **или** можете привести веские основания, по которым вы этого не сделали.
7. Вы не получили полной оплаты расходов от родителя, который обязан их оплачивать согласно распоряжению.

### Инструкции

Для указания расходов на здравоохранение своих детей воспользуйтесь формой **Детализированного списка нестраховых медицинских расходов (Detail Sheet - Uninsured Health Care Expenses)**. Используйте отдельную форму для каждого родителя, от которого вы требуете возмещения расходов.

Заполните **Детализированный список нестраховых медицинских расходов**, поставьте дату, подпишите и отправьте его. Следуйте всем инструкциям, указанными в форме. Если вы требуете возмещения страховых взносов по медицинскому страхованию, уплаченных вами за ваших детей, заполните Раздел «Медицинское страхование».

**Внимательно прочтите Разрешение на раскрытие информации, относящейся к возмещению расходов на медицинское обслуживание**

1. Вы должны отметить один из квадратиков на странице 2.
2. Вы должны поставить дату, подписать форму и отправить ее в DCS вместе с **Детализированным списком** и копиями счетов, квитанций об оплате, платежной или иной документации.

Приложите четкие фотокопии детализированных документов о расходах и их оплате.

1. Отдел DCS не сможет вернуть вам эти документы.
2. Не используйте маркер ни на одном из этих документов. Документ станет непригодным для чтения или считывания.

В документах должны быть указаны имена и фамилии детей, даты получения услуг, стоимость всех услуг и суммы всех произведенных выплат. Такими документами могут быть:

1. Разъяснение выплат страховых льгот (explanation of benefits, EOB), полученное из страховой компании, вместе с документальным подтверждением выплаты вами обязательного платежа пациента.
2. Сводный счет, квитанцию об оплате или выписку из журнала учета от поставщика медицинских услуг, в которых указаны имена и фамилии детей, стоимость всех услуг, суммы всех произведенных выплат и плательщики (страховая компания или клиент).

Отдел DCS передаст копии счетов, квитанций об оплате, разъяснения выплат страховых льгот и платежные документы родителю, который обязан их оплатить. **Удалите из документов все личные сведения, которые другой родитель, по вашему мнению, не должен видеть.** Сохраните у себя для будущего пользования оригиналы или копии этих документов (со всеми сведениями). Если вы удалите личную информацию, то отправьте в DCS также и копию документа, в которой все эти сведения будут видны. Примеры личной информации: ваш адрес, номер телефона, номера в системе социального страхования, номера счетов или банковские данные, указанные на ваших платежных квитанциях, чувствительная информация медицинского характера, такая как номера выписанных медикаментов и некоторые поставленные диагнозы.

Возвратите заполненные формы в отдел DCS по нижеуказанному почтовому адресу или номеру факса.

\_\_\_\_\_  
ДАТА

\_\_\_\_\_  
УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ  
ОТДЕЛ ПО ВОПРОСАМ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520

В пределах \_\_\_\_\_ локальной телефонной зоны \_\_\_\_\_

За пределами \_\_\_\_\_ локальной телефонной зоны \_\_\_\_\_

По факсу: 866-668-9518

Лица с нарушениями речи или слуха могут воспользоваться телетайпом/ слуховым аппаратом (TTY/TDD).

Посетите наш веб-сайт по адресу: [www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support](http://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support)

В рамках трудоустройства, предоставления услуг и реализации любых аспектов программных мероприятий не допускается дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию, религиозной принадлежности, половому признаку, возрасту и инвалидности. Настоящий документ может быть предоставлен в других форматах по соответствующему запросу.