



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

DCS Division of Child Support

Anexo del Estado de Washington a la Casilla 2 de la Parte B - Respuesta del Administrador del Plan

Washington State Addendum to Box 2 of Part B - Plan Administrator Response

PARA:

REF:

NSS:

EMPLEADOR:

NÚMERO DE CASO IV-D:

DE: _____ (Nombre del Administrador del Plan o Representante del Empleador)

Los niños indicados en la **Parte B, Aviso de Manutención Médica para el Administrador del Plan** están inscritos en el(los) siguiente(s) plan(es). Envíe todos los reclamos a los nombres y direcciones indicados abajo.

PLAN DE SEGURO DE SALUD	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA	NÚMERO DE PÓLIZA:
	NÚMERO DE GRUPO:
	NÚMERO DE TELÉFONO:
	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:

PLAN DE SEGURO ODONTOLÓGICO	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA	NÚMERO DE PÓLIZA:
	NÚMERO DE GRUPO:
	NÚMERO DE TELÉFONO:
	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:

PLAN DE SEGURO DE MEDICAMENTOS RECETADOS	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA	NÚMERO DE PÓLIZA:
	NÚMERO DE GRUPO:
	NÚMERO DE TELÉFONO:
	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:

PLAN DE SEGURO OFTALMOLÓGICO	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA	NÚMERO DE PÓLIZA:
	NÚMERO DE GRUPO:
	NÚMERO DE TELÉFONO:
	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:

Monto de prima mensual requerido para cubrir a los niños: \$ _____

Marque la casilla correspondiente que aparece a continuación.

- Información sobre tarjetas de identificación/beneficios: Le será enviada al custodio de los niños.
 Le será enviada a la División de Manutención para Niños.
 No será enviada.