

STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)  
**דף מפורט – הוצאות על טיפול בריאות לא מבוטח**  
**Detail Sheet – Uninsured Health Care Expenses**



**הוראות (אנא קרא בזהירות)**

1. השתמש ב**דף מפורט** נפרד עבור כל הורה ממנו אתה מבקש החזר. ציין את ההוצאות של כל ילדי ההורה הזה בטופס. ציין את פרמיות ביטוח הבריאות בנפרד בסעיף ביטוח הבריאות. אתה חייב לתת גם את המידע הרפואי ו/או מידע על סירוב הביטוח היכן שזה מצוין.
2. אם אתה צריך עוד דפים, עשה עותק מטופס זה לפני שתתחיל או שתוריד את הטופס מאתר של DCS ב <https://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support/division-child-support-forms>
3. מלבד חתימתך, הדפס את כל התשובות בדיו כחולה או שחורה בלבד.
4. תן מידע מלא בכל טור שלהלן. רשום את הסכום הכולל בכל טור היכן שזה נדרש.
5. ציין את ההוצאות בסדר שבו ניתנו השירותים הרפואיים (מהתאריכים הישנים ביותר עד לחדשים ביותר).
6. אתה חייב להגיש תיעוד על מנת לתמוך בכל בקשה (חשבונות, קבלות, הסבר לגבי הטבות (EOBs), עותקי צ'קים וכו'). על מנת לזרז את ההליכים, אנא רשום מספר על כל מסמך בפניה הימנית העליונה עם אותו מספר של הוצאות וקבלות כמו ההוצאות המצוינות בעמ' 2. **אל תשתמש במרקר על אף אחד מהמסמכים. זה גורם לכך שהמסמך אינו קריא.**
7. אם אתה מבקשה החזר עבור הוצאות גדולות, כמו אורתודנטיה, ואתה משלם בהתאם לחוזה או הסכם, תגיש עותק של החוזה או ההסכם לתשלום.
8. אם אתה מבקש החזר על פרמיות ביטוח שאתה משלם עבור הילדים שלך, מלא את סעיף ביטוח הבריאות בטופס הזה. אתה חייב להיות רשום בפוליסה על מנת לבקש החזר. אם רואים סכום פרמיה בשורה 10.a של דף העבודה של לוח זמנים למזונות ילד עבור כל אחד מההורים, לא תוכל לבקש החזר על הפרמיה שביקשת.
9. מלא את סעיף ההצהרה בעמ' 3. סמן את התיבה המצהירה על התשלום המבוקש שלך ישירות מההורה השני או סמן את התיבה המהירה שאתה לא מבקש תשלום ישירות מההורה השני מכיוון שיש לך "סיבה טובה". DCS זקוקה למידע אם ייכנס צו והורה יבקש דיון מנהלי. אתה חייב לכתוב תאריך ולחתום בכל המקומות המצוינים.
10. DCS תשלח עותק של עמודים 2 ו-3 של "דף הפרטים" הזה, החשבונות, הקבלות, EOBs ותיעוד תשלום להורה שנדרש לשלם. תמחק כל מידע אישי שאתה לא רוצה שההורה השני יראה מהמסמכים. שמור את המקור או עותקים (שבהם כל המידע נראה לעין) של המסמכים לשימוש עתידי. כשתמחק מידע אישי, תשלח ל-DCS עותק אחד עם המידע המלא עבור התיקים שלנו. דוגמאות למידע אישי כוללות את הכתובת, מספר הטלפון, מספר ביטוח לאומי, מספרי חשבון או מידע בנקאי שלך שאפשר לראות על הקבלות ומידע רפואי רגיש כמו מספרי מרשם ואבחנות מסוימות.

שם ההורה הנדרש לשלם	מספר מקרה ב-DCS
השם שלך:	

**הוצאות ותשלומים**

שימוש ב- DCS סיבת סירוב	סכום כולל ששולם על ידך	סכום כולל של סכום ההוצאה או התשלום המשותף	תאריך השירות (התאריך שבו הילד קיבל את השירות או התאריך שבו ניתן המרשם)	שם הילד	הוצאה ומספר הקבלה
					1.
					2.
					3.
					4.
					5.
					6.
					7.
					8.
					9.
					10.
					11.
					12.
					13.
					14.
					15.
					16.
					17.
					18.
					19.
					20.
					21.
					22.
					23.
					24.
					25.
	\$	\$	סך כל טורים		

**סכום שההורה השני שילם לך ישירות עבור הוצאות טיפול הבריאות שלעיל:**

\$

**סיבות סירוב להוצאות של DCS**

- D1: תאריך השירות הוא בן למעלה מ-24 חודשים.
- D2: אין מסמך שמראה את ההוצאה הזאת.
- D3: אין הוכחה לתשלום עבור ההוצאה הזאת
- D4: הוצאה לא כשירה (למשל, לא נרשמה על ידי רופא, תשלום מאוחר)
- D5: אין צו מזונות שמכסה את תאריך השירות
- D6: הצד השני כבר שילם את חלקו בהוצאה זו.
- D7: אתה לא המנוי הרשום על פוליסת הביטוח.
- D8: ההורה השני נותן ביטוח לכן הוא לא מחויב לשלם חלק מתשלום הפרמיה שלך.
- D9: סכום הפרמיה לך או להורה השני נראה בשורה 10.a של דף העבודה ללוח הזמנים למזונות הילדים.
- D10: אחר

### סעיף ביטוח בריאות

אני מבקש החזר של פרמיית ביטוח בריאות ציינתי את המידע הרפואי ו/או סירוב לביטוח הבא לגבי ילדי. שם, כתובת ומספר הטלפון של חברת הביטוח שלי; ת.ז. החבר שלי; ומספר הקבוצה שלי כפי שאפשר לראות על כרטיס הזיהוי של הביטוח שלי.

שם המני תאריך התחלת הכיסוי הביטוחי

שם וכתובת חברת הביטוח הרפואית

מספר טלפון ( ) ת.ז. חבר מספר קבוצה

שם וכתובת חברת ביטוח **שסירבה**

מספר טלפון ( ) ת.ז. חבר מספר קבוצה

### פרמיות ביטוח בריאות

שם הילד	שם חברת הביטוח	תקופת הכיסוי חודש / שנה עבור חודש / שנה	עלות חודשית רק עבור הילדים	סכום כולל ששולם על ידך	שימוש ב- DCS סיבת סירוב

סכום שההורה השני שילם ישירות לך עבור הוצאות טיפול הבריאות שלעיל:

### סעיף ההצהרה

לא קיבלתי תשלום על ההוצאות האלה חוץ מאשר מה שצינתי לעיל בעמ' 2. **סמן את אחת התיבות שלהלן**  
אני מבקש שהתשלום יגיע ישירות מההורה השני עבור ההוצאות האלה.   
יש לי "סיבה טובה" שלא לבקש שהתשלום יגיע ישירות מההורה השני עבור ההוצאות האלה.   
אני מצהיר, תחת איום בעונש על עדות שקר בהתאם לחוקי מדינת וושינגטון שהמידע שלעיל אמיתי ונכון.

נחתם ב (עיר/מדינה) תאריך

החתימה שלך השם שלך באותיות דפוס

אין להפלות לרעה אף אדם בעבודה, בשירותים, או בכל היבט אחר של פעילויות התכנית, בשל גזע, צבע, מוצא לאומי, אמונה, דת, מין, גיל, או מוגבלות. טופס זה זמין בפורמטים נוספים לפי בקשה.