

Detail Sheet – Uninsured Health Care na mga Gastos Detail Sheet – Uninsured Health Care Expenses

Mga Tagubilin (Mangyaring basahin nang maingat)

1. Gumamit ng hiwalay na **Detail Sheet** para sa bawat magulang kung kanino ka humihiling ng pagsasauli ng nagugol. Ilista ang mga gastos ng lahat ng mga anak ng magulang sa form. Ilista nang hiwalay ang mga premium ng seguro ng kalusugan sa Bahaging Seguro ng Kalusugan (Health Insurance Section). Kailangan mo ring ibigay ang medikal at/o impormasyon ng seguro na dental kung saan ipinahiwatig.
2. Kung kailangan mo ng higit pang mga pahina, gumawa ng kopya ng form na ito bago ka magsimula o i-download ang form mula sa web site ng DCS sa <https://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support/division-child-support-forms>
3. Maliban sa iyong lagda, iprinta ang lahat ng mga tugon sa asul o itim na tinta lamang.
4. Magbigay ng kumpletong impormasyon para sa bawat hanay sa ibaba. Ipasok ang kabuoan para sa bawat hanay kung saan ipinapakita.
5. Ilista ang mga gastos sa pagkakasunud-sunod na ang mga serbisyong medikal ay natanggap (pinakalumang petsa hanggang sa pinakabago).
6. Dapat mong isumite ang bawat mga talaan upang suportahan ang bawat claim (mga bayarin, mga resibo, paliwanag ng mga benepisyo (EOBs), kinanselang mga tseke, atbp). Upang mapabilis ang proseso, mangyaring lagyan ng pagbilang ang bawat dokumento sa kanang itaas na sulok na may parehong Gastos at Numero ng Resibo tulad ng gastos na nakatala sa pahina 2. **Huwag gumamit ng anumang highlighter sa alinman sa mga talaan. Ginagawa nitong hindi mabasa ang dokumento.**
7. Kung humihiling ng pagsasauli ng nagugol para sa malaking gastos, tulad ng orthodontia, at nagbabayad ayon sa isang kontrata o kasunduan, magsumite ng kopya ng kontrata sa pagbabayad o kasunduan.
8. Kung humihiling sa pagbabayad ng nagugol ng mga premium ng seguro na babayaran mo para sa iyong mga anak, kumpletuhin ang Seguro ng Kalusugan na Bahagi (Health Insurance Section) ng form na ito. Dapat ikaw ang suskritor sa patakaran upang humingi ng pagsasauli ng nagugol. Kung ang halaga ng premium ay ipinapakita sa linya 10.a. ng Child Support Schedule Worksheet para sa alinman sa magulang, hindi ka maaaring humiling ng pagsasauli ng nagugol premium.
9. Kumpletuhin and Bahaging Deklarasyon (Declaration Section) sa pahina 3. Lagyan ng tsek ang kahon na nagpapahiwatig na iyong hiniling ang pagbabayad nang direkta mula sa ibang magulang o lagyan ng tsek ang kahon na nagsasabing hindi ka humiling ng pagbabayad mula sa ibang magulang dahil mayroon kang "magandang dahilan." Kinakailangan ng DCS ang impormasyon na ito kung ang isang utos ay ipinasok at ang isang magulang ay humiling ng Pagdinig na Administratibo (Administrative Hearing). Kailangan mong petsahan at lagdaan kung saan ipinahiwatig.
10. Ang DCS ay magpapadala ng isang kopya ng mga pahina 2 at 3 ng "Detail Sheet" na ito, ang mga bayarin, mga resibo, mga EOB, at mga talaan ng pagbabayad sa magulang na kinakailangang magbayad. Tanggalin ang lahat ng personal na impormasyon mula sa mga talaan na hindi mo gustong makita ng ibang magulang. Panatilihin ang orihinal o kopya (na nakikita ang lahat ng impormasyon) ng mga talaan para magamit sa hinaharap. Kapag tinanggal mo ang personal na impormasyon, ipadala rin sa DCS ang isang kopya na nakikita lahat ang impormasyon para sa aming mga talaan. Mga halimbawa ng personal na impormasyon ay kasama ang iyong address, numero ng telepono, mga numero ng social security, mga numero ng account o mga impormasyon ng pagbabangko na ipinapakita sa iyong mga resibo, at sensitibong medikal na impormasyon tulad ng mga numero ng reseta at ilang mga diagnosis.

PANGALAN NG MAGULANG NA KAILANGANG MAGBAYAD

NUMERO NG KASO NG DCS

ANG IYONG PANGALAN

Mga Gastos at Pagbabayad

NUMERO NG GASTOS AT PAGTANGGAP	PANGALAN NG BATA	PETSA NG SERBISYO (PETSA NA NATANGGAP NG BATA ANG SERBISYO O PETSA NA NAPUNAN ANG RESETA)	KABUOANG HALAGA NG GASTOS O HALAGA NG COPAYMENT	KABUOANG HALAGA NA BINAYARAN MO	<u>GAMIT NG DCS</u> DAHILAN NG PAGTANGGI
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.					
KABUOAN NG MGA HANAY (COLUMN TOTALS)			\$	\$	

Halaga na direktang binayaran sa iyo ng ibang magulang para sa mga gastos sa pangangalaga ng kalusugan sa itaas:
\$

Mga Dahilan ng Pagtanggì sa Gastos ng DCS

- D1: Ang petsa ng serbisyo ay higit sa 24 buwan.
- D2: Walang dokumento na nagpapakita sa gastos na ito.
- D3: Walang katibayan ng pagbabayad para sa gastos na ito.
- D4: Hindi karapat-dapat na gastos (Hal: hindi inireseta ng isang manggagamot, nahuling mga baayrin)
- D5: Walang utos ng suporta na sumasaklaw sa petsa ng serbisyo
- D6: Nabayaran na ng ibang partido ang kanilang bahagi sa gastos na ito.
- D7: Hindi ikaw ang SUSKRITOR sa patakaran ng seguro.
- D8: Ang ibang magulang ay nagbibigay ng seguro kaya hindi obligado na magbayad ng bahagi ng iyong bayad na premium.
- D9: Ang premium na halaga para sa iyo o sa ibang magulang ay ipinapakita sa linya 10.a. ng Child Support Schedule Worksheet.
- D10: Iba pa

Bahaging Seguro ng Kalusugan (Health Insurance Section)

Humihiling ako ng pagsasauli ng nagugol ng mga premium ng seguro sa kalusugan. Inilista ko ang mga sumusunod na impormasyon ng medikal at/o dental na seguro para sa aking mga anak. Ang aking pangalan ng kompanya ng seguro, address, at numero ng telepono; aking ID ng miyembro; at ang aking numero ng grupo bilang ipinapakita sa aking kard ng pagkakakilanlan ng seguro.

PANGALAN NG SUSKRITOR	PETSA NA NAGSIMULA ANG SAKLAW NG SEGURO
-----------------------	---

PANGALAN NG KOMPANYA AT ADDRESS NG **MEDICAL** NA SEGURO

NUMERO NG TELEPONO ()	ID NG MIYEMBRO	NUMERO NG GRUPO
---------------------------------	----------------	-----------------

PANGALAN NG KOMPANYA AT ADDRESS NG **DENTAL** NA SEGURO

NUMERO NG TELEPONO ()	ID NG MIYEMBRO	NUMERO NG GRUPO
---------------------------------	----------------	-----------------

Mga Premium ng Seguro sa Kalusugan

PANGALAN NG BATA	PANGALAN NG KOMPANYA NG SEGURO	PANAHOON NG SAKLAW BUWAN / TAON HANGGANG BUWAN / TAON	GASTOS BAWAT BUWAN PARA SA MGA BATA LAMANG	KABUOANG HALAGA NA BINAYARAN MO	<u>GAMIT NG DCS</u> DAHILAN NG PAGTANGGI

Halaga na direktang binayaran sa iyo ng ibang magulang para sa mga gastos sa pangangalaga ng kalusugan sa itaas:
\$

Seksyon ng Deklarasyon

Hindi ako nakatanggap ng anumang pagbabayad para sa mga gastos na ito na iba sa ipinapakita sa itaas at sa pahina 2. **Lagyan ng tsek ang isa sa mga kahon sa ibaba.**

- Humiling ako ng kabayaran nang direkta sa ibang magulang para sa mga gastos na ito.
- Mayroon akong "magandang dahilan" sa hindi paghiling ng kabayaran nang direkta mula sa ibang magulang para sa mga gastos na ito.

Ipinahahayag ko, sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng estado ng Washington, na ang mga naunang nabanggit ay totoo at tama.

NILAGDAAN SA (LUNGSOD / ESTADO)	PETSA
ANG IYONG LAGDA	ANG IYONG NAKALIMBAG NA PANGALAN

Walang tao ang dahil sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, paniniwala, relihiyon, kasarian, edad, o kapansanan, ay itatangi laban sa trabaho, mga serbisyo, o anumang aspeto ng mga aktibidad ng programa. Makukuha ang form na ito sa mga alternatibong ayos kapag hiniling.