

רשות לשתף מסמכים עבור קבלת החזרים על הוצאות טיפול בריאות Permission to Share Documents for Reimbursement of Health Care Expenses

אל:

בנוגע:

מספר מקרה:

שמות הילדים:

ביקשת השיחידה למזונות ילדים (DCS) תעזור לך לקבל החזרים עבור הוצאות טיפול הבריאות שאינן בביטוח ששילמת עבור ילדיך ששמותיהם צוינו לעיל. אנא שלח את הפריטים הבאים אל:

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

1. טופס **דף מפורט – הוצאות על טיפול בריאות לא מבוטח** מלא, מתוארך וחתום.
 2. טופס **רשות לשתף מסמכים עבור קבלת החזרים על הוצאות טיפול בריאות** מלא, מתוארך וחתום.
 3. עותקים ניתנים לקריאה וממוספרים של מסמכי ההוצאות המפורטים שלך.
 4. עותקים ניתנים לקריאה וממוספרים של תיעוד התשלומים שלך.
- אם הבקשה שלך תענה על כל הדרישות שלנו, DCS תגיש **הודעה לגבי מזונות שחייבים – תשלומים רפואיים** להורה המחויב. עותקים של **דף מפורט – הוצאות על טיפול בריאות לא מבוטח** וטפסים, חשבונות וקבלות שתיתן ל-DCS על מנת לתמוך בבקשה שלך להחזר הוצאות יישלחו להורה המחויב ביחד עם ההודעה. העותקים יינתנו גם לשופט המנהלי (ALJ) אם תהיה בקשה לדין.
- מסמכים של הוצאות על טיפול בריאות עלולים להכיל מידע אישי חסוי שאותו לא תרצה שהצד השני יראה. אם אתה לא מודאג משחרור מידע אישי לצד השני, ייתכן שתחשוב על גילוי המידע על מנת שהצד השני וה-ALJ יוכלו להבין טוב יותר את המסמכים. זה בדרך כלל עוזר לזרז את התהליך.
- עשה שני עותקים של המסמכים המקוריים.

1. אל תסמן סימונים כלשהם על אחד העותקים. DCS זקוקה לעותק אחד נקי עבור התיקים שלה.
2. בעותק השני, השחר (ערוך) מידע שאתה לא רוצה לחלוק. שמור את המסמכים הלא ערוכים המקוריים עבור התיעוד שלך. אם אתה מודאג לגבי גילוי מידע מסוים לצד השני, ייתכן שתצטרך לערוך את סוגי המידע הבאים:
 - a. הכתובת ומספר הטלפון שלך.
 - b. שמות, כתובות, מספרי טלפון וכתובות אינטרנט של רופא, מרפאה, או בית מרקחת
 - c. מספרי מרשם, מספרי הרשאה ומספר ה-NPI של הרופא על הקבלות מבית המרקחת.
 - d. אבחנות או הליכים אשר מצהירים על כך שהחיוב הוא על בריאות נפשית, שירותי סמים או אלכוהול, HIV/איידיס או מחלות מין אחרות, אמצעי מניעה, או הפלות.
 - e. מספרי ביטוח לאומי, מספרי חשבון, או מידע בנקאי שאפשר לראות על הקבלות שלך.
3. אם לא אכפת לך לשתף את המידע שלך, אתה יכול לאשר ל-DCS לשלוח את המסמכים בצורה שבה הגשת אותם. DCS לא תעשה עריכות נוספות למסמכים שלך

אנא סמן את התיבה המתאימה להלן, חתום ותארך את הטופס הזה ולאחר מכן החזר אותו ל-DCS ביחד עם **דף מפורט – הוצאות על טיפול בריאות לא מבוטח**, חשבונות וקבלות על מנת לתמוך בבקשה שלך.

אני מרשה ל-DCS לספק עותקים מהטפסים שלי ומהחשבונות, קבלות ומסמכים אחרים שהגשתי ל-DCS לצד השני בצו מזונות הילדים שלי ולמשרד לדיונים מנהליים ביחד עם הודעה על מזונות שחייבים – תשלומים רפואיים.

אני מסכים לשתף עם הצד השני וה-ALJ את הטפסים ואת המסמכים התומכים באופן הבא (סמן רק את אחד הבאים):

כפי שהם – ערכתי את כל המידע. אני לא רוצה שהצד השני יראה. אני מבין שהמסמכים האלה ישותפו עם הצד השני בלי עריכות נוספות. הרשאה זו תקפה רק לבקשה לקבלת החזרים.

או,

רק אחרי ש-DCS תערוך את המידע החשאי שלי (הכתובת ומספר הטלפון שלי; שמות כתובות, מספרי טלפון ואתרי אינטרנט של רופא, מרפאה או בית מרקחת; מספרי מרשם, מספרי הרשאה ומספר ה-NPI של הרופא על הקבלות מבית המרקחת; אבחנות או הליכים שמראים שהם עבור בריאות נפשית, שירותי סמים או אלכוהול, HIV/איידיס או מחלות מין אחרות, אמצעי מניעה, או הפלות; מספרי ביטוח לאומי, מספרי חשבון, או מידע בנקאי שאפשר לראות על הקבלות שלי).

שים לב: אם אחת האבחנות או ההליכים מראה שהם עבור בריאות נפשית, שירותי סמים או אלכוהול, HIV/איידיס או מחלות מין אחרות, אמצעי מניעה, או הפלה, ייתכן ש-DCS תיצור איתך קשר על מנת לקבל הסכמה נוספת

_____	_____
השם שלי באותיות דפוס	תאריך
_____	_____
חתימתי	() מספר הטלפון שלי (כולל קידומת)

הודעה: טופס זה תקף רק למטרות של הגשת הודעה על מזונות שחייבים – תשלומים רפואיים והשגת צו מינהלי סופי על סמך ההודעה הזאת. אם תגיש בקשה אחרת להחזרים בעתיד, DCS תבקש ממך לחתום על טופס הרשאה אחר. טופס זה לא מרשה ל-DCS לשתף מסמכים לא ערוכים לכל מטרה אחרת.

אסור ששום אדם יהיה מופלה לרעה בעבודה, שירותים, או כל היבט אחר של פעילויות התכנית, בגלל גזע, צבע, מוצא לאומי, אמונה, דת, מין, גיל, או מוגבלות. טופס זה זמין בפורמטים נוספים לפי בקשה.