

Pahintulot upang Ibahagi ang mga Dokumento para sa Pagsasauli ng Nagugol na mga Gastos sa Pangangalaga ng Kalusugan

Permission to Share Documents for Reimbursement of Health Care Expenses

PARA KAY:

TUNGKOL SA:

NUMERO NG KASO:

PANGALAN NG MGA BATA:

Hiniling mo na ang Division of Child Support (DCS) na tulungan kang maisauli ang nagugol na mga gastos para sa uninsured health care na iyong binayaran para sa mga bata na pinangalanan sa itaas. Mangyaring ipadala ang mga sumusunod na aytem sa:

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

1. Nakumpleto, nalagyan ng petsa, at nalagdaan na form ng **Detail Sheet-Uninsured Health Care na mga Gastos**.
2. Nakumpleto, nalagyan ng petsa, at nalagdaan na form ng **Pahintulot upang Ibahagi ang mga Dokumento para sa Pagsasauli ng Nagugol na mga Gastos sa Pangangalaga ng Kalusugan**.
3. Nababasa at may numerong mga photocopy ng iyong detalyado na mga tala ng gastos.
4. Nababasa at may numerong mga photocopy ng iyong mga tala sa pagbabayad.

Kung ang iyong paghahabol ay nakakatugon sa lahat ng aming mga kinakailangan, maghahatid ang DCS ng isang **Abiso ng Utang na Suporta - Suportang Medikal** sa obligadong magulang. Ang mga kopya ng **Detail Sheet – Uninsured Health Care na mga Gastos** at mga form, mga bayarin at mga resibo na ibibigay mo sa DCS upang suportahan ang iyong paghahabol para sa pagbabayad ng nagugol ay ipapadala sa obligadong magulang kasama ng Abiso. Ang mga kopya ay ipagkakaloob din sa Administrative Law Judge (ALJ) kapag ang pagdinig ay hiniling.

Ang mga dokumento ng gastos sa pangangalaga ng kalusugan ay maaaring naglalaman ng personal na impormasyong kumpidensyal na ayaw mong makita ng ibang partido. Kung wala kang mga alalahanin tungkol sa paglalabas ng personal na impormasyon sa ibang partido, maaari mong isaalang-alang na ilantad ito nang sa gayon ang ibang partido at ang ALJ ay maaaring maunawaan nang mas mahusay ang mga dokumento. Ito ay karaniwang tumutulong upang mapabilis ang proseso.

Gumawa ng dalawang kopya ng orihinal na dokumento.

1. HUWAG gumawa ng anumang mga marka sa isang kopya. Kailangan ng DCS ng isang malinis na kopya para sa mga talaan nito.
2. Sa ikalawang kopya, burahin (alisin) ang anumang impormasyon na ayaw mong ibahagi. Panatilihin ang orihinal na mga dokumentong walang inaalís para sa iyong mga talaan. Kung mayroon kang mga alalahanin tungkol sa pagbabahagi ng partikular na impormasyon sa ibang partido, maaaring gusto mong alisin ang mga sumusunod na uri ng impormasyon:
 - a. Ang iyong address at numero ng telepono.
 - b. Doktor, klinika, o pangalan ng parmasya, mga address, mga numero ng telepono, at mga web address.
 - c. Mga numero ng reseta, mga numero ng awtorisasyon, at ang NPI na numero ng doktor sa mga resibo ng parmasya.
 - d. Mga diagnosis o pamamaraan na naghahayag ng charge ay para sa kalusugan ng kaisipan, droga o mga serbisyong alkohol, HIV / AIDS o ibang mga STD, kontrol sa panganganak, o mga aborsyon.
 - e. Mga numero ng social security, numero ng account, o impormasyon ng pagbabangko na ipinapakita sa iyong mga resibo.
3. Kung wala kang alalahanin sa pagbabahagi ng iyong impormasyon, maaari mong pahintulutan ang DCS na ipadala ang mga dokumento sa paraan ng pagsumite ng mga ito. Hindi gagawa ang DCS ng anumang karagdagang pagbabago sa iyong mga dokumento.

Mangyaring lagyan ng tsek ang naaangkop na kahon sa ibaba, lagdaan at lagyan ng petsa ang form na ito, at pagkatapos ay ibalik ito sa DCS kasama ng **Detail Sheet – Uninsured Health Care na mga Gastos**, mga bayarin, at mga resibo upang suportahan ang iyong paghahabol.

Pinapahintulutan ko ang DCS na magbigay ng mga kopya ng aking mga form at ang mga bayarin, mga resibo, at iba pang mga dokumentasyon na isusumite ko sa DCS sa ibang partido sa utos ng suporta sa aking anak at ang Office of Administrative Hearings kasama ang **Abiso ng Utang na Tulong - Suportang Medikal.**

Sumasangayon ako na ibahagi sa ibang partido at ang ALJ ang mga form at suportang dokumentasyon sa sumusunod na paraan (lagyan ng tsek ang ISA LAMANG sa mga sumusunod):

Bilang ang mga ito - inalis ko ang lahat ng impormasyon na ayaw kong makita ng ibang partido. Naiintindihan ko na ibabahagi ang mga dokumentong ito sa ibang partido na walang karagdagang mga pagbabago. Ang pahintulot na ito ay nalalapat lamang sa hiling ng pagsasauli ng nagugol na ito.

O,

Pagkatapos lamang na baguhin ng DCS ang aking kumpidensyal na impormasyon (ang aking address at numero ng telepono; doktor, klinika, o mga pangalan ng parmasya, address, numero ng telepono, at web address; numero ng reseta, mga numero ng awtorisasyon, at NPI number ng doktor sa mga resibo ng parmasya; mga dyagnosis o pamamaraan na ihayag ang charge ay para sa kalusugan ng isip, droga o serbisyo ng alkohol, HIV / AIDS o iba pang mga STD, kontrol sa panganganak, o aborsyon; numero ng social security , numero ng account, o impormasyon ng pagbabangko na ipinapakita sa aking mga resibo).

TANDAAN: Kung alinman sa mga dyagnosis o mga pamamaraan ay magpakita na ang mga ito ay para sa mental na kalusugan, droga o serbisyo ng alkohol, HIV / AIDS o iba pang mga STD, kontrol sa panganganak, o aborsyon, maaaring makipag-ugnayan sa iyo ang DCS para sa karagdagang pahintulot.

PETSA

ANG AKING NAKAPRINTA NA PANGALAN

(_____)

ANG AKING NUMERO NG TELEPONO (ISAMA ANG AREA CODE)

ANG AKING LAGDA

PAUNAWA: Ang form na ito ay sumasaklaw lamang sa mga layunin ng paghahatid ng **Abiso ng Utang na Suporta - Suportang Medikal** at pagkuha ng pangwakas na utos administratibo batay sa Abiso na iyan. Kung gumawa ka ng isa pang kahilingan para sa pagsasauli ng nagugol sa hinaharap, hihilingin ng DCS sa iyo na lumagda ka ng ibang form ng pahintulot. Hindi pinapahintulutan ng form na ito ang DCS upang ibahagi ang hindi binagong mga dokumento para sa anumang iba na layunin.

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