Washington State Department of Social & Health Services
DCS Division of Child Support

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

Hoja de Detalles - Gastos de Atención Médica sin Cobertura
Detail Sheet - Uninsured Health Care Expenses

INSTRUCCIONES

- Use una ***Hoja de detalles*** separada por cada padre por el cual está solicitando el reembolso. Anote en el formulario los gastos de todos los niños de ese padre. Enumere las primas de seguros de salud por separado de otros gastos. Debe entregar todos los registros que apoyen su reclamo (facturas, recibos, explicación de beneficios, cheques cancelados).
- Si precisa de más páginas, haga una copia de este formulario antes de comenzar o baje el formulario de la página web de DCS en http://www1.dshs.wa.gov/dcs/Resources/Forms.asp
- Con excepción de su firma, escriba todas las respuestas en letra de imprenta. Sólo use tinta azul o negra.
- Anote los gastos en el orden en que fueron recibidos los servicios médicos.
- Brinde información completa para cada columna a continuación.
- Sume el total de los montos **por cada mes** e ingréselos en la ***Hoja de Resumen mensual***.

NOMBRE DEL PADRE QUE DEBE PAGAR	NÚMERO DE CASO DCS

SU NOMBRE

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DEL SERVICIO	* MONTO TOTAL DE GASTOS	MONTO TOTAL PAGADO POR EL SEGURO	TOTAL DE GASTOS DE ATENCIÓN MÉDICA SIN COBERTURA	MONTO TOTAL PAGADO POR USTED

***** Incluya los copagos en esta columna.

FG VER: (1.1)

Primas del Seguro de Salud.

NOMBRE DEL NIÑO	COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE PAGO	MONTO PAGADO	PERIODO DE COBERTURA

Información Confidencial

DCS divulgará los registros de gastos al padre que debe pagar. Elimine toda información personal de los registros que no quiere que se divulgue. Guarde los originales o las copias (con toda la información visible) para su futura referencia.

- Los ejemplos incluyen su dirección, número de teléfono e información médica delicada.
- Elimine toda la información personal que no desea que se divulgue a la otra parte de este caso.

FECHA

SU FIRMA

No se discriminará a ninguna persona para fines de empleo, servicios o cualquier aspecto de las actividades del programa debido a su raza, color, nacionalidad, credo, religión, sexo, edad o discapacidad. Este formulario está disponible en diferentes formatos a solicitud del interesado.