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 resumen mensual - Gastos de atención médica para niños sin seguro
Monthly Summary Sheet - Uninsured Health Care Expenses for Children

INSTRUCCIONES

- Para cada mes, ingrese el mes, el año y los totales del mes de la ***Hoja de detalles*** en cada columna. No incluya ninguna prima de seguro de salud.
- Debe entregar los registros que apoyen su reclamo (facturas, recibos, explicaciones de beneficios, cheques cancelados, etc.). **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.**
- Hay copias adicionales de este formulario en la página web de DCS en

NOMBRE DEL PADRE QUE DEBE PAGAR	NÚMERO DE CASO DCS

MES/AÑO	MONTO TOTAL DE GASTOS	MONTO TOTAL PAGADO POR EL SEGURO	MONTO TOTAL DE GASTOS DE ATENCIÓN MÉDICA SIN SEGURO	MONTO TOTAL PAGADO POR USTED
TOTALES				

Monto que el padre le pagó directamente a usted por estos gastos médicos: $ _____

No he recibido pago alguno por estos gastos más allá de los que aquí aparecen. He solicitado pago directamente del otro padre para los gastos, o tengo una "causa justificada" para no hacerlo. Declaro bajo pena de perjurio y bajo las leyes del estado de Washington que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto.

Firmado en _____ _____

CIUDAD/ESTADO FECHA

_____

SU FIRMA

_____

SU NOMBRE EN LETRA IMPRENTA

FG VER: (1.2)