

Hoja de Detalles - Gastos de cuidado de la salud no cubiertos por el seguro Detail Sheet - Uninsured Health Care Expenses

Instrucciones (lea cuidadosamente)

1. Use una **Hoja de detalles** separada por cada padre al cual está solicitando el reembolso. Liste los gastos de todos los hijos de ese padre en el formulario. Liste por separado las primas de seguro de salud en la sección Seguro de Salud. También debe proporcionar la información referente el seguro médico y/o dental en donde se indica.
2. Si necesita más páginas, haga una copia de este formulario antes de empezar a llenarlo o descargue el formulario del sitio web del DCS en <https://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support/division-child-support-forms>
3. Excepto por su firma, escriba todas las respuestas con letra de molde usando sólo tinta azul o negra.
4. Proporcione información completa para cada una de las siguientes columnas. Escriba el total de cada columna en donde se muestra.
5. Liste los gastos en el orden en que se recibieron los servicios médicos (de la fecha más antigua a la más nueva).
6. Debe entregar registros para soportar cada reclamación (facturas, recibos, explicación de beneficios, cheques cobrados, etc.). Para acelerar el proceso, escriba en la parte superior derecha de cada documento el mismo número de gasto y de recibo correspondiente al gasto listado en la página 2. **No use marcatexto en ninguno de los registros. Esto vuelve ilegible el documento.**
7. Si solicita un reembolso por un gasto grande, como ortodoncia, y lo está pagando en los términos de un contrato o convenio, entregue una copia del contrato o convenio de pago.
8. Si solicita el reembolso de primas de seguro que pagó para sus hijos, llene la sección Seguro de Salud de este formulario. Usted debe ser el titular de la póliza para solicitar un reembolso. Si el monto de una prima aparece en la línea 10.a. de la Hoja de Trabajo de la Programación de Manutención de Menores de cualquiera de los padres, no puede solicitar el reembolso de primas.
9. Llene la sección de Declaración en la página 3. Marque la casilla que establece que usted solicitó el pago directamente al otro padre o marque la casilla que establece que no solicitó el pago al otro padre por una causa justificada. DCS necesita esta información si se emite una orden y un padre solicita una audiencia administrativa. Debe fechar y firmar en donde se indica.
10. DCS enviará una copia de las páginas 2 y 3 de esta "Hoja de detalles", las facturas, recibos, explicaciones de beneficios y registros de pago al padre que está obligado a pagar. Borre de los registros toda la información personal que no quiera que el otro padre vea. Guarde los originales o las copias (con toda la información visible) para su futura referencia. Cuando borre información personal, envíe también al DCS una copia con toda la información visible para nuestros registros. Algunos ejemplos de información personal son su dirección, número de teléfono, números de seguro social, números de cuenta o información bancaria que aparezca en sus recibos, e información médica delicada como los números de receta y ciertos diagnósticos.

NOMBRE DEL PADRE OBLIGADO A PAGAR

NÚMERO DE CASO DE

SU NOMBRE

Gastos and Pagos

GASTO Y NÚMERO DE RECIBO	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DEL SERVICIO (FECHA EN QUE EL NIÑO RECIBIÓ EL SERVICIO O FECHA EN QUE SE SURTIÓ LA RECETA)	MONTO TOTAL DEL GASTO O MONTO DEL COPAGO	MONTO TOTAL PAGADO POR USTED	DCS USE DENIAL REASON
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					

TOTALES DE COLUMNAS

\$

\$

Monto que el otro padre le pagó directamente a usted por los servicios anteriores de cuidado de la salud: \$

Razones para la negativa de gastos del DCS

- D1: La fecha del servicio es hace más de 24 meses.
- D2: Ningún documento muestra este gasto.
- D3: No hay comprobante de pago de este gasto.
- D4: No es un gasto elegible (por ejemplo, no recetado por un médico, intereses moratorios)
- D5: Ninguna orden de manutención cubre esta fecha de servicio
- D6: La otra parte ya pagó su porción de este gasto.
- D7: Usted no es el titular de la póliza de seguro.
- D8: El otro padre proporciona un seguro, así que no está obligado a pagar una parte del pago de sus primas.
- D9: Aparece un monto de prima para usted o para el otro padre en la línea 10.a. de la Hoja de Trabajo de la Programación de Manutención del Menor.
- D10: Otra

Sección de Seguro de Salud

Solicito el reembolso de las primas de seguro de salud. He listado la siguiente información de seguros médicos y/o de salud de mis hijos. El nombre, dirección y número de teléfono de mi compañía de seguros; mi identificación de miembro; y mi número de grupo como aparece en mi tarjeta de identificación del seguro.

NOMBRE DEL TITULAR	FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA DE SEGURO
--------------------	---

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO
--

NÚMERO DE TELÉFONO ()	IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO	NÚMERO DE GRUPO
----------------------------------	---------------------------	-----------------

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL
--

NÚMERO DE TELÉFONO ()	IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO	NÚMERO DE GRUPO
----------------------------------	---------------------------	-----------------

Primas de seguro de salud

NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	PERÍODO DE COBERTURA MES/AÑO A MES/AÑO	COSTO MENSUAL SÓLO POR LOS NIÑOS	MONTO TOTAL PAGADO POR USTED	DCS USE DENIAL REASON

Monto que el otro padre le pagó directamente a usted por los servicios anteriores de cuidado de la salud: \$

Sección de Declaración

No he recibido ningún pago por estos gastos además de lo establecido arriba y en la página 2. **Marque una de las casillas siguientes.**

- Solicité el pago directamente al otro padre por estos gastos.
- Tengo una causa justificada para no solicitar el pago directamente al otro padre por estos gastos.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que la información que declaré anteriormente es verdadera y correcta.

FIRMADO EN (CIUDAD / ESTADO)	FECHA
------------------------------	-------

SU FIRMA	SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE
----------	-----------------------------

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