

**详细表格 – 不属于保险范围的医疗支出**  
**Detail Sheet – Uninsured Health Care Expenses**

**说明（请仔细阅读）**

1. 针对您请求其进行补偿的每位家长分别填写 **详细表格**。将此家长之子女的所有费用列于表中。在医疗保险部分中单独列出医疗保险费。您还必须依照指示提供医疗和/或牙科保险信息。
2. 如果份数不够，请在开始填写之前复印表格，或从儿童抚养处(DCS)网站上下载，网址是 <https://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support/division-child-support-forms>
3. 除签名外，请使用蓝色或黑色墨水正楷书写所有内容。
4. 请在以下各栏中填写完整信息。在显示的地方填入各栏的总计。
5. 按接受医疗服务的顺序列明费用（从最旧的日期到最新的日期）。
6. 您必须提交支持您请求的记录（账单、收据、福利说明(EOB)、已付讫注销的支票等）。为加快办理，请以与第2页上列出的费用相同的费用和收据号于各个文档的右上角添加编号。**切勿使用马克笔标记任何记录。这会让文档难以阅读。**
7. 如果为大笔费用请求补偿，例如畸齿矫正，并正在依据合同或协议进行付款，请提交一份付款合同或协议的副本。
8. 如果您为子女支付的保险费请求补偿，请填写此表格的医疗保险部分。您必须签署保单才能请求补偿。如果任何一位家长的儿童抚养进度表的第10.a.行上显示保险费金额，则您无法请求保险费补偿。
9. 填写第3页上的声明部分。勾选表示您直接从另一位家长请求付款的方框，或勾选表示您因具有“正当理由”而不从另一位家长请求付款的方框。如果输入了命令且家长请求举行听证会，则儿童抚养处(DCS)需要此信息。您必须在指示的位置签上日期和姓名。
10. 儿童抚养处(DCS)将向应该付款的家长发送此详细表格第2和第3页、账单、收据、EOB和付款记录的副本。从记录中删除您不愿另一位家长看到的任何个人信息。保存记录的原件或副本（所有信息可见）以备将来使用。当您删除个人信息时，请也向儿童抚养处(DCS)发送一份可供我们记录的所有信息的副本。个人信息包括您的住址、电话号码、社会安全号码、您收据上显示的账号或银行信息，及诸如处方号和特定诊断等敏感医疗信息。

应该付款的家长姓名

儿童抚养处(DCS)个案号码

您的姓名

**费用及付款**

费用和收据号	儿童姓名	服务日期（儿童接受服务的日期或填处方的日期）	费用或共付总金额	由您支付的费用总额	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.					
栏总计			\$	\$	

另一位家长为上述医疗费用直接向您支付的金额:

\$

**儿童抚养处(DCS)费用拒绝原因**

- D1: 服务日期距现在超过了24个月。
- D2: 没有显示此费用的文件。
- D3: 没有此费用的付款证明。
- D4: 不是合格的费用（例如不是由医生开具的处方，滞纳金）
- D5: 没有涵盖此服务日期的支持令
- D6: 另一方已经支付了这笔费用的其份额。
- D7: 您没有签署保单。
- D8: 另一位家长提供的保险没有义务支付您的部分保费。
- D9: 您或另一位家长的保费金额显示在儿童抚养进度表的第10.a.行上。
- D10: 其他

