

**Приложение штата Вашингтон к графе 2 части «В» – Ответ администратора плана  
Washington State Addendum to Box 2 of Part B - Plan Administrator Response**

ВНИМАНИЮ:

RE:

SSN:

РАБОТОДАТЕЛЬ:

IV-D CASE NUMBER:

ОТ: \_\_\_\_\_ (Имя и фамилия администратора плана или представителя работодателя)

Дети, указанные в **Чasti «В», Извещение о предоставлении медицинского ухода, направляемого администратору плана**, зачислены в следующий(ие) план(ы) страхования.

Все заявки на возмещение расходов следует направлять нижеуказанным компаниям по указанным адресам.

ПЛАН МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	
НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС КОМПАНИИ	НОМЕР ПОЛИСА:
	НОМЕР ГРУППОВОГО ПЛАНА:
	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:
	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:

ПЛАН СТРАХОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС КОМПАНИИ	НОМЕР ПОЛИСА:
	НОМЕР ГРУППОВОГО ПЛАНА:
	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:
	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:

ПЛАН СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ СТОИМОСТИ РЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕПАРАТОВ	
НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС КОМПАНИИ	НОМЕР ПОЛИСА:
	НОМЕР ГРУППОВОГО ПЛАНА:
	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:
	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:

ПЛАН СТРАХОВАНИЯ УСЛУГ ПО УХОДУ ЗА ЗРЕНИЕМ	
НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС КОМПАНИИ	НОМЕР ПОЛИСА:
	НОМЕР ГРУППОВОГО ПЛАНА:
	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:
	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:

Размер ежемесячного взноса на страхование детей: \$ \_\_\_\_\_

**Пометьте внизу соответствующий квадрат:**

- Страховые удостоверения и информация о льготах:  Будут направлены опекуну детей.  
 Будут направлены Отделу по вопросам помощи детям.  
 Высланы не будут.