

**不属于保险范围的医疗支出征收请求**  
**Request for Collection of Uninsured Health Care Expenses**

至:

相关事宜:

个案号码:

如果您尚未收到根据现有儿童抚养令规定需支付费用的家长的付款，儿童抚养处(DCS)可以征收您为子女支付的不属于保险范围的医疗支出。不属于保险范围的医疗支出包括医疗、牙科、眼科、医药支出、共付额、自付额和保险费。如果您能证明医疗设备是专职医疗保健人员要求使用的，则可将医疗设备的付款包含于其中。

**请阅读以下所有信息并遵从所有说明，以免您的请求遭拒。**

下列情况属实时，您可请求儿童抚养处(DCS)征收这些费用：

1. 您是产生医疗费用的孩子家长。
2. 您的华盛顿州儿童抚养令规定由另一位家长支付全部或部分的医疗费用。
3. 您已经为此家长的子女支付了至少500.00美元的不属于保险范围的医疗费用。
4. 最近的24个月内，您的孩子接受了医疗服务。
5. 最近的医疗费用补偿令是在至少12个月前发出的。
6. 您曾要求由另一位家长直接支付这些费用，**或者**您有“正当理由”不予支付。
7. 您尚未从根据抚养令规定应该付款的家长处收到全额付款。

**说明**

使用随函附寄的 **详细表格 – 不属于保险范围的医疗支出** 表格，列出您孩子的医疗费用。针对您请求其进行补偿的每位家长分别填写表格。

填妥后，签上日期和姓名并返回 **详细表格 – 不属于保险范围的医疗支出**。 确保遵循表格上的说明。如果您请求对您为孩子支付的保险金进行补偿，请填写医疗保险部份。

仔细阅读 **医疗费用补偿之文件共享许可书**。

1. 您必须勾选第2页上的其中一个方框。
2. 您必须在此表格上签上日期和名字，然后连同**详细表格**和账单、收据、付款或其他文件证明的副本一起返回给儿童抚养处(DCS)。

请随函附上费用明细记录和付款记录的清晰复印件。

1. 儿童抚养处(DCS)不会将这些记录退还给您。
2. 切勿使用马克笔标记任何记录。这会让文档难以阅读。

记录必须显示孩子姓名、服务日期、所有费用以及所有付款。这些记录可能包括：

1. 一份保险公司的福利说明，以及您支付患者责任金额的证明。
2. 医疗服务提供者提供的结账单、收据或分类账目，显示孩子姓名、费用、付款以及付款方（保险或客户）。

儿童抚养处(DCS)将向应该付款的家长发送账单、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。

请将填妥的表格和所需的文件寄至儿童抚养处(DCS)，传真号和地址如下。

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
获授权的代表  
儿童抚养处

DIVISION OF CHILD SUPPORT  
PO BOX 11520  
TACOMA WA 98411-5520

在 \_\_\_\_\_ 电话区域以内 \_\_\_\_\_  
在 \_\_\_\_\_ 电话区域以外 \_\_\_\_\_

传真至：866-668-9518

为语障或听障人士提供TTY/TDD专线服务。  
请浏览我们的网站：[www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support](http://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support)

禁止在就业、服务或计划活动的任何方面，以种族、肤色、原国籍、信仰、宗教、性别、年龄或残障为由，而对任何人进行歧视。备有此表格的其他版本格式，可供索取。