

## Детализированный список нестраховых расходов на здравоохранение Detail Sheet - Uninsured Health Care Expenses

### Инструкции (Внимательно изучите их)

1. Используйте отдельную форму **Детализированного списка** (Detail Sheet) для каждого родителя, от которого требуете возмещения расходов. Укажите в форме расходы на всех детей этого родителя. Укажите взносы по медицинскому страхованию отдельно от всех других расходов, в разделе «Медицинское страхование». Вы также должны предоставить информацию о медицинском страховании и/или стоматологическом страховании, где это будет обозначено.
2. Если вам нужны дополнительные страницы, сделайте копии этой формы перед ее заполнением или скачайте форму с вебсайта отдела DCS по адресу: <https://www.dshs.wa.gov/esa/division-child-support/division-child-support-forms>
3. За исключением своей подписи, заполните все ответы печатными буквами и пользуйтесь только синими или черными чернилами.
4. Укажите необходимые сведения в каждом из столбцов ниже. Укажите общую сумму для каждого столбца, где это потребуется.
5. Укажите расходы в том порядке, в котором были получены медицинские услуги (от более ранних к более поздним).
6. Вы должны представить документы, подтверждающие каждый ваш запрос (счета, квитанции, разъяснения выплат страховых льгот, погашенные чеки и т.п.). Для ускорения обработки, пожалуйста, пронумеруйте каждый документ в правом верхнем углу тем же Номером оплаченной услуги и квитанции, что и расходы, перечисленные на странице **2. Не используйте маркер ни на одном из этих документов. Документ станет непригодным для чтения или считывания.**
7. Если вы запрашиваете возмещение крупных расходов, например, ортодонтию, и платите согласно договору или соглашению, предоставьте копию такого договора или соглашения.
8. Если вы требуете возмещения страховых взносов по медицинскому страхованию, оплаченных вами за ваших детей, заполните раздел «Медицинское страхование». Вы должны быть лицом, подписавшим страховой договор, чтобы иметь право запрашивать возмещение расходов. По расчету алиментов на детей сli страховой взнос указан в строке 10.а. Расписания рабочего плана по выплате алиментов (Child Support Schedule Worksheet) для любого из родителей, то вы не можете потребовать возмещения расходов на страховые взносы.
9. Заполните раздел «Заявление» (Declaration) на странице 3. Отметьте поле напротив утверждения о том, что вы запрашивали оплату напрямую у родителя, или отметьте поле напротив утверждения о том, что вы не запрашивали оплату у другого родителя, потому что у вас были на то веские основания. DCS требуется эта информация, если распоряжение было отдано и родитель запрашивает проведение административного слушания. Вы должны поставить дату и подпись там, где это указано.
10. Отдел DCS передаст копии страниц 2 и 3 «Детализированного списка», счетов, квитанций об оплате, разъяснений выплат страховых льгот и платежные документы родителю, который обязан их оплатить. Удалите из документов все личные сведения, которые другой родитель, по вашему мнению, не должен видеть. Сохраните у себя для будущего пользования оригиналы или копии этих документов (со всеми сведениями). Если вы удалите личную информацию, то отправьте в DCS также и копию документа, в которой все эти сведения будут видны. Примеры личной информации: ваш адрес, номер телефона, номера в системе социального страхования, номера счетов или банковские данные, указанные на ваших платежных квитанциях, чувствительная информация медицинского характера, такая как номера выписанных медикаментов и некоторые поставленные диагнозы.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ, ОБЯЗАННОГО ОПЛАТИТЬ РАСХОДЫ

НОМЕР ДЕЛА DCS

ВАШЕ ИМЯ И ФАМИЛИЯ

**Расходы и платежи**

НОМЕР ОПЛАЧЕННОЙ УСЛУГИ И КВИТАНЦИИ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГИ (ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГИ РЕБЕНКОМ ИЛИ ДАТА ВЫПИСКИ РЕЦЕПТА)	ОБЩАЯ СУММА РАСХОДОВ ИЛИ ДОПЛАТ	ОБЩАЯ СУММА, ВЫПЛАЧЕННАЯ ВАМИ	DCS USE (СЛУЖЕБНА Я ГРАФА DCS) 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.					
ИТОГО СТОЛБЦОВ			\$	\$	

**Сумма в счет покрытия указанных выше медицинских расходов, выплаченная другим родителем непосредственно вам:**

\$

**Причины отказа в возмещении расходов со стороны DCS**

- D1: Услуги были оказаны более 24 месяцев тому назад.
- D2: Отсутствует документ, подтверждающий данные расходы.
- D3: Отсутствует платежный документ, подтверждающий факт оплаты расходов.
- D4: Тип расходов не отвечает установленным требованиям (например, медикамент не был выписан врачом, комиссия за несвоевременный платеж)
- D5: Отсутствует решение об оказании помощи на дату оказания этой услуги
- D6: Другая сторона уже оплатила свою часть расходов.
- D7: Вы не являетесь лицом, подписавшим договор страхования.
- D8: Другой родитель предоставляет страховку, поэтому он не обязан платить часть ваших взносов по медицинскому страхованию.
- D9: Страховой взнос за вас или другого родителя указан в строке 10.а. Расписания рабочего плана по выплате алиментов (Child Support Schedule Worksheet).
- D10: Другое

