

医疗费用补偿之文件共享许可书
Permission to Share Documents for Reimbursement of Health Care Expenses

至:

相关事宜:

个案号码:

儿童姓名:

您已请求儿童抚养处(DCS)帮助您对为上述儿童支付的不属于保险范围的医疗支出获得补偿。请将以下各项寄送至:

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

1. 填写 **详细表格-不属于保险范围的医疗支出**表并签上日期和名字。
2. 填写 **医疗费用补偿之文件共享许可书**表并签上日期和名字。
3. 提交清晰易读并编号的详细费用记录的复印件。
4. 提交清晰易读并编号的付款记录的复印件。

如果您的请求符合我们的所有要求, 儿童抚养处(DCS)将向负有抚养义务的家长送达一份 **《医疗抚养费欠款通知书》**。将 **详细表格-不属于保险范围的医疗支出**表及您提供给儿童抚养处(DCS)来支持补偿请求的表格、账单和收据的副本连同此通知书寄送给负有抚养义务的家长。如果请求听证, 副本还将提交给行政法官(ALJ)。

医疗费用文件可能包含您不愿另一方看到的保密个人信息。如果您不担心向另一方透露个人信息, 您可能希望考虑透露此信息, 以便另一方和行政法官(ALJ)更好地理解文件。这通常有助于加快办理。

为原始文件制备两份副本。

1. 切勿在其中一份副本上做任何记号。儿童抚养处(DCS)需要一份干净的副本来进行记录。
2. 在第二份副本上, 涂黑(修改)您不愿分享的信息。请留存未经修改的原始文件, 供记录之用。如果您对与另一方分享特定的信息存有顾虑, 则可能想要修改以下类型的信息:
 - a. 您的住址和电话号码。
 - b. 医生、诊所或药房的名称、地址、电话号码和网址。
 - c. 处方号、授权号和药房收据上的医生NPI号。
 - d. 表明收费是针对心理健康、戒酒或戒毒服务、HIV/AIDS或其他STD、节育或流产的诊断或程序。
 - e. 社会安全号、账号或收据上显示的银行信息。
3. 如果您不介意共享您的信息, 则可授权儿童抚养处(DCS)以您提交这些文件的方式发送它们。儿童抚养处(DCS)将不对您的文件做任何进一步修改。

请于下方勾选适用的方框，在此表格上签上姓名和日期，然后将表格连同用来支持请求的**详细表格-不属于保险范围的医疗支出表**、账单和收据一起返回给儿童抚养处(DCS)。

我授权儿童抚养处(DCS)向我的儿童抚养令的另一方和行政听证处提供我向其提交的表格、账单、收据和其他文件，以及《医疗抚养费欠款通知书》。

我同意以下列方式与其他方和ALJ共享表格和支持文件（仅勾选以下其中一项）：

保持原样 - 我已修改所有不想让另一方看到的信息。我了解这些文件将在不作进一步修改的状态下分享给另一方。本许可书仅适用于此补偿请求。

或者，

仅当儿童抚养处(DCS)修改我的保密信息后（我的住址和电话号码；医生、诊所或药房的名称、地址、电话号码和网址；处方号、授权号和药房收据上的医生NPI号；表明收费是针对心理健康、戒酒或戒毒服务、HIV/AIDS或其他STD、节育或流产的诊断或程序；社会安全号、账号或收据上显示的银行信息）。

注意：如果任何诊断或程序显示它们是针对心理健康、戒酒或戒毒服务、HIV/AIDS或其他STD、节育或流产，则DCS会联系您以征得进一步同意。

日期

我的正楷姓名

() _____

我的电话号码（包括区域代码）

我的签名

请注意：此表仅用于提供《医疗抚养费欠款通知书》和根据该通知书获得最终行政令。如果您在未来做出其他补偿请求，儿童抚养处(DCS)将要求您签署其他许可表。本表格未授权儿童抚养处(DCS)出于任何其他目的分享未经修改的文件。

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。