

Разрешение на раскрытие информации, относящейся к возмещению расходов на медицинское обслуживание Permission to Share Documents for Reimbursement of Health Care Expenses

КОМУ:

ПО ВОПРОСУ:

НОМЕР ДЕЛА:

ИМЕНА И ФАМИЛИИ ДЕТЕЙ:

Вы запросили Отдел по вопросам помощи детям (DCS) о содействии в обеспечении возмещения вам затрат на непокрытые страховкой услуги здравоохранения, которые вы понесли в отношении указанных выше детей.

Перешлите следующие документы в: DIVISION OF CHILD SUPPORT
PO BOX 11520
TACOMA WA 98411-5520

1. Заполненную форму **Детализированный список нестраховых расходов на здравоохранение (Detail Sheet - Uninsured Health Care Expenses)**.
2. Заполненную и подписанную форму **Разрешения на раскрытие информации, относящейся к возмещению расходов на медицинское обслуживание** с указанием даты подписи.
3. Читаемые и пронумерованные фотокопии подробных документальных свидетельств ваших расходов.
4. Читаемые и пронумерованные фотокопии подробных документальных свидетельств оплаты ваших расходов.

Если ваш запрос соответствует всем нашим требованиям, отдел DCS выдаст **Уведомление о причитающейся помощи - медицинская помощь (Notice of Support Owed - Medical Support)** на имя обеспечивающего родителя. К такому Уведомлению будут прилагаться **Детализированный список нестраховых расходов на здравоохранение (Detail Sheet - Unreimbursed Health Care Expenses)**, копии всех форм, счетов и квитанций, предоставленные вами в Отдел DCS в поддержку вашего запроса о возмещении расходов. В случае запроса о проведении слушания, копии этих документов также будут представлены судье по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ).

Документы в отношении расходов на здравоохранение могут содержать конфиденциальную личную медицинскую информацию, которую вы не хотели бы раскрывать противоположной стороне. Если же вы не возражаете против раскрытия личной информации противоположной стороне, вы можете дать разрешение на ее раскрытие с тем, чтобы противоположная сторона и судья ALJ могли лучше понять содержание предоставленных документов. Обычно это помогает ускорить процесс.

Вышлите нам по две копии оригинальных документов.

1. НЕ делайте никаких пометок в копиях. DCS требуется иметь чистые копии для отчетности.
2. Заретушируйте на второй копии любую информацию, которую вы не желаете раскрывать. Приобщите оригинальные (незаретушированные) документы к собственной документации. Если у вас есть сомнения в необходимости раскрытия некоторой информации противоположной стороне, то вы можете отредактировать следующие типы информации:
 - a. Ваш адрес и номер телефона.
 - b. Имена, наименования, адреса, телефонные номера и адреса веб-страниц врачей, клиник и аптек.
 - c. Номера рецептурных препаратов, номера разрешений и общегосударственный номер идентификатора агента врача на аптечных квитанциях.
 - d. Диагнозы и процедуры, в которых указано, что оплата производится за услуги психиатра, лечение алкогольной или наркотической зависимости, лечение ВИЧ/СПИДа или других ЗППП, планирование семьи или аборт.
 - e. Номера в системе социального страхования, номера счетов или банковские данные, указанные на ваших платежных квитанциях.
3. Если вы не против раскрытия собственной информации, вы можете уполномочить DCS переслать документы в том виде, в котором они были получены от вас. DCS не будет каким бы то ни было образом редактировать ваши документы.

Отметьте соответствующее поле ниже, поставьте дату и подпишите данную форму и верните ее в Отдел DCS вместе с **Детализированным списком нестраховых расходов на здравоохранение (Detail Sheet - Unreimbursed Health Care Expenses)** со всеми остальными формами, счетами и квитанциями в поддержку вашего запроса.

Я уполномочиваю Отдел DCS передать копии моих форм и счетов, квитанций и прочей документации, которую я предоставляю в Отдел DCS, противоположной стороне в рамках выданного мне постановления об уходе за ребенком, в также в Службу слушаний по административным делам вместе с **Уведомлением о причитающейся помощи - медицинская помощь (Notice of Support Owed - Medical Support)**.

Я соглашаюсь с раскрытием форм и подтверждающей документации другой стороне и судье по административным делам следующим образом (отметьте ТОЛЬКО ОДИН вариант):

В исходном виде - я заретушировал(а) всю информацию, которую я не хочу раскрывать противоположной стороне. Я понимаю, что документы будут представлены противоположной стороне без дополнительного редактирования/ретуширования. Данное разрешение относится только к запросу о возмещении расходов.

Или,

Только после того, как DCS заретуширует мою конфиденциальную информацию (мой адрес и номер телефона, имена, наименования, адреса, телефонные номера и адреса веб-страниц врачей, клиник и аптек, номера рецептурных препаратов, номера разрешений и общегосударственный номер идентификатора агента врача на аптечных квитанциях, диагнозы и процедуры, в которых указано, что оплата производится за услуги психиатра, лечение алкогольной или наркотической зависимости, лечение ВИЧ/СПИДа или других ЗППП, планирование семьи или аборт, номера в системе социального страхования, номера счетов или банковские данные, указанные на ваших платежных квитанциях).

ПРИМЕЧАНИЕ: Если в любом диагнозе и процедуре, будет указано, что оплата производится за услуги психиатра, лечение алкогольной или наркотической зависимости, лечение ВИЧ/СПИДа или других ЗППП, планирование семьи или аборт, то DCS может связаться с вами для выяснения вопроса о вашем дальнейшем согласии.

ДАТА

МОИ ФАМИЛИЯ И ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

(_____)_____
МОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)

МОЯ ПОДПИСЬ

УВЕДОМЛЕНИЕ: Данная форма используется исключительно в контексте выдачи **Уведомления о причитающейся помощи - медицинская помощь (Notice of Support Owed - Medical Support)** и получения окончательного административного распоряжения на основе такого Уведомления. Если в будущем вы подадите новый запрос о возмещении расходов, Отделение DCS попросит вас подписать новую форму разрешения. Настоящая форма не уполномочивает Отделение DCS раскрывать данные неотредактированных/незаретушированных документов в любых других целях.

В рамках трудоустройства, предоставления услуг и реализации любых аспектов программных мероприятий не допускается дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, национальному происхождению, вероисповеданию, религиозной принадлежности, половому признаку, возрасту и инвалидности. Настоящий документ может быть предоставлен в других форматах по соответствующему запросу.