

## Permiso para compartir documentos para el reembolso de gastos por cuidado de la salud

### Permission to Share Documents for Reimbursement of Health Care Expenses

PARA:

ASUNTO:

NÚMERO DE CASO:

NOMBRES DE LOS NIÑOS:

Usted solicitó que la División de Manutención de Menores (por sus siglas en inglés, "DCS") le ayudara a obtener un reembolso por gastos de cuidado de la salud no cubiertos por el seguro en los que incurrió para el niño arriba mencionado. Por favor envíe los siguientes documentos a:

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

1. Formulario contestado, fechado y firmado **Hoja de detalles – Gastos de cuidado de la salud no cubiertos por el seguro.**
2. Formulario contestado, fechado y firmado **Permiso para compartir documentos para el reembolso de gastos por cuidado de la salud.**
3. Fotocopias legibles y numeradas de sus registros detallados de gastos.
4. Fotocopias legibles y numeradas de sus registros de pagos.

Si su reclamación cumple con todos nuestros requisitos, el DCS enviará una **Notificación de Manutención Adeudada - Manutención médica** al padre obligado. Se enviarán al padre obligado, junto con la notificación, copias de la **Hoja de detalles – Gastos de cuidado de la salud no cubiertos por el seguro** y de los formularios, facturas y recibos por los que reclame el reembolso. Las copias también se enviarán a un Juez de Ley Administrativa (por sus siglas en inglés, "ALJ") si se solicita una audiencia.

Los documentos referentes a gastos de cuidado de la salud pueden contener información personal confidencial que usted no desee que la otra parte vea. Si no tiene problemas respecto a la divulgación de información personal a la otra parte, puede considerar divulgarla para que la otra parte y el ALJ puedan entender mejor los documentos. Generalmente esto ayuda a acelerar el proceso.

Haga dos copias de los documentos originales.

1. NO realice marcas en una copia. El DCS necesita una copia limpia para sus registros.
2. En la segunda copia, cubra con marcador (edite) toda la información que no quiera que se comparta. Conserve los documentos originales sin editar para sus registros. Si le preocupa compartir información específica con la otra parte, quizá desee editar los siguientes tipos de información:
  - a. Su dirección y número de teléfono.
  - b. Nombres, direcciones, números de teléfono y direcciones web de médicos, clínicas y farmacias.
  - c. Números de receta, números de autorización y el número NPI del médico en los recibos de farmacias.
  - d. Diagnósticos o procedimientos que establecen que el cobro es por servicios de salud mental, drogas o alcohol, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos o abortos.
  - e. Números de seguro social, números de cuenta e información bancaria que aparezca en sus recibos.
3. Si no le importa compartir su información, puede autorizar al DCS a enviar los documentos tal y como usted los entregó. El DCS no editará sus documentos.

Por favor marque la casilla aplicable, firme y feche este formulario, y devuélvalo al DCS con la **Hoja de detalles – Gastos de cuidado de la salud no cubiertos por el seguro**, las facturas y los recibos que soporten su reclamación.

**Autorizo a DCS a proporcionar copias de mis formularios, facturas, recibos y otra documentación que presento a DCS a la otra parte de la orden de manutención de mi hijo y a la Oficina de Audiencias Administrativas junto con la Notificación de Manutención Adeudada - Manutención médica.**

**Acepto compartir con la otra parte y con el ALJ los formularios y la documentación de soporte de la siguiente manera (marque SÓLO UNA de las siguientes):**

**En su estado actual** – He editado toda la información que no quiero que la otra parte vea. Entiendo que estos documentos serán compartidos con la otra parte sin mayores alteraciones. Este permiso solamente se aplica a esta solicitud de reembolso.

**O,**

**Sólo después de que el DCS edite mi información confidencial** (mi dirección y número de teléfono; los nombres, direcciones, números de teléfono y direcciones web de médicos, clínicas y farmacias; los números de receta, números de autorización y el número NPI del médico en los recibos de farmacias; los diagnósticos o procedimientos que establecen que el cobro es por servicios de salud mental, drogas o alcohol, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos o abortos; los números de seguro social, números de cuenta e información bancaria que aparezca en sus recibos).

NOTA: Si alguno de los diagnósticos o procedimientos muestra que es para servicios de salud mental, drogas o alcohol, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos o abortos, el DCS podría ponerse en contacto con usted para obtener un consentimiento adicional.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
MI NOMBRE EN LETRA IMPRENTA

( \_\_\_\_\_ )

MI NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)

\_\_\_\_\_  
MI FIRMA

AVISO: Este formulario aplica sólo para efectos de entregar una **Notificación de Manutención Adeudada - Manutención médica** y de obtener una orden administrativa definitiva con base en esa notificación. Si hace otra solicitud de reembolso en el futuro, el DCS le pedirá que firme otro formulario de permiso. Este formulario no autoriza a DCS a compartir documentos no editados para ningún propósito.

No se discriminará a ninguna persona en cuanto a empleo, servicios o cualquier aspecto de las actividades del programa debido a raza, color, nacionalidad, credo, religión, sexo, edad o discapacidad. Este formulario está disponible en diferentes formatos a solicitud del interesado.