

Cho Phép Chia Sẻ Các Chứng Từ Bồi Hoàn Chi Phí Chăm Sóc Sức Khỏe Permission to Share Documents for Reimbursement of Health Care Expenses

KÍNH GỎI:

VỀ VIỆC:

SỐ HỒ SƠ:

TÊN CÁC TRẺ:

Quý vị đã yêu cầu rằng Nha Cấp Dưỡng Con (DCS) giúp quý vị được bồi hoàn các chi phí chăm sóc sức khỏe không có bảo hiểm mà quý vị đã chi trả cho các trẻ có tên trên đây. Xin gửi các mục sau đây đến:

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

1. Mẫu đơn **Bảng Tính Chi Tiết-Chi Phí Chăm Sóc Sức Khỏe Không Có Bảo Hiểm** đã hoàn tất, có ghi ngày và ký tên.
2. Mẫu đơn **Cho Phép Chia Sẻ Các Chứng Từ Bồi Hoàn Chi Phí Chăm Sóc Sức Khỏe** đã hoàn tất, có ghi ngày và ký tên.
3. Các bản sao hồ sơ chi tiết về chi phí của quý vị phải dễ đọc và có đánh số.
4. Các bản sao hồ sơ chi trả của quý vị phải dễ đọc và có đánh số.

Nếu yêu cầu của quý vị đáp ứng tất cả các luật lệ của chúng tôi, DCS sẽ gửi một **Thông Báo Nợ Cấp Dưỡng – Cấp Dưỡng Y Tế** cho một phụ huynh buộc phải cấp dưỡng. Các bản sao **Bảng Tính Chi Tiết – Các Chi Phí Chăm Sóc Sức Khỏe Không Có Bảo Hiểm** và các mẫu đơn, hóa đơn và biên nhận mà quý vị cung cấp cho DCS để chứng minh yêu cầu bồi hoàn của quý vị sẽ được gửi đến cho phụ huynh buộc phải cấp dưỡng cùng với Thông Báo này. Các bản sao cũng sẽ được cung cấp cho Thẩm Phán Luật Hành Chánh (ALJ) nếu một phiên điều trần được yêu cầu.

Các chứng từ chi phí chăm sóc sức khỏe có thể có thông tin cá nhân mà quý vị không muốn phụ huynh phía bên kia xem. Nếu quý vị không quan ngại về việc tiết lộ thông tin cá nhân cho bên khác, quý vị có thể muốn cân nhắc việc tiết lộ thông tin này để cho bên khác và ALJ có thể hiểu các chứng từ hơn. Nói chung, điều này giúp đẩy mạnh quy trình xử lý.

Làm hai bản sao các chứng từ gốc.

1. ĐỪNG đánh dấu nào trên một bản sao. DCS cần một bản sao sạch để lưu hồ sơ.
2. Trên một bản sao thứ hai, hãy bôi đen để xóa đi (chỉnh sửa) bất kỳ thông tin nào mà quý vị không muốn chia sẻ. Giữ các chứng từ gốc không được chỉnh sửa để lưu hồ sơ của quý vị. Nếu quý vị quan ngại về việc chia sẻ thông tin đặc biệt với bên khác, quý vị có thể muốn chỉnh sửa các kiểu thông tin sau đây:
 - a. Địa chỉ và số điện thoại của quý vị.
 - b. Tên, địa chỉ, số điện thoại và địa chỉ trang web của bác sĩ, cơ sở khám chữa bệnh hoặc nhà thuốc.
 - c. Số toa thuốc, số ủy quyền, và số NPI của bác sĩ điều trị trên biên nhận của nhà thuốc.
 - d. Các chẩn đoán hoặc thủ thuật nêu rõ số tiền phải trả cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần, cai nghiện ma túy hoặc rượu bia, HIV / AIDS hoặc các STD khác, kế hoạch hóa gia đình, hoặc phá thai.
 - e. Số an sinh xã hội, số tài khoản, hoặc thông tin ngân hàng được thể hiện trên biên nhận của quý vị.
3. Nếu quý vị không quan tâm đến việc chia sẻ thông tin của quý vị, quý vị có thể cho phép DCS gửi đi các chứng từ theo cách mà quý vị đã nộp chúng. DCS sẽ không thực hiện thêm bất kỳ chỉnh sửa nào về các chứng từ của quý vị.

Xin đánh dấu vào ô thích hợp dưới đây, hãy ký tên và ghi ngày trên mẫu đơn này, và sau đó gửi lại cho DCS cùng với **Bảng Tính Chi Tiết – Các Chi Phí Chăm Sóc Sức Khỏe Không Có Bảo Hiểm**, hóa đơn và biên nhận để chứng minh yêu cầu của quý vị.

Tôi cho phép DCS cung cấp các bản sao mẫu đơn và hóa đơn, biên nhận của tôi và chứng từ khác mà tôi nộp cho DCS được gửi đến bên khác trong lệnh cấp dưỡng con của tôi và Văn Phòng Điều Trần Hành Chánh cùng với **Thông Báo Nợ Cấp Dưỡng – Cấp Dưỡng Y Tế**.

Tôi đồng ý chia sẻ với bên khác và ALJ các mẫu đơn và tài liệu chứng minh theo hình thức sau đây (đánh dấu **CHỈ MỘT** trong số mục sau đây):

Vì là tất cả thông tin - Tôi đã chỉnh sửa tất cả thông tin mà tôi không muốn bên khác xem. Tôi hiểu các chứng từ này sẽ được chia sẻ cho bên khác mà không cần chỉnh sửa thêm. Sự cho phép này chỉ áp dụng cho yêu cầu bồi hoàn này.

Hoặc,

Chỉ sau khi DCS chỉnh sửa thông tin mật của tôi (địa chỉ và số điện thoại; tên bác sĩ, cơ sở khám chữa bệnh, hoặc địa chỉ trang web; số toa thuốc, số ủy quyền, và số NPI của bác sĩ điều trị trên biên nhận nhà thuốc của tôi; các chẩn đoán hoặc thủ thuật nêu rõ số tiền phải trả cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần, cai nghiện ma túy hoặc rượu bia, HIV / AIDS hoặc các STD khác, kế hoạch hóa gia đình, hoặc phá thai; số an sinh xã hội, số tài khoản, hoặc thông tin ngân hàng được thể hiện trên biên nhận của tôi).

LƯU Ý: Nếu bất kỳ chẩn đoán hoặc thủ thuật nào cho thấy chúng dành cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần, cai nghiện ma túy hoặc rượu bia, HIV / AIDS hoặc các STD khác, kế hoạch hóa gia đình, hoặc phá thai, DCS có thể liên hệ với quý vị để được đồng ý thêm.

NGÀY

TÊN TÔI VIẾT IN

(_____)

SỐ ĐIỆN THOẠI (BAO GỒM MÃ VÙNG) CỦA TÔI

CHỮ KÝ CỦA TÔI

THÔNG BÁO: Mẫu đơn này chỉ áp dụng cho mục đích gửi một **Thông Báo Nợ Cấp Dưỡng – Cấp Dưỡng Y Tế** và nhận một lệnh hành chính sau cùng dựa trên Thông Báo đó. Nếu quý vị thực hiện một yêu cầu bồi hoàn khác trong tương lai, DCS sẽ yêu cầu quý vị ký một mẫu đơn cho phép khác. Mẫu đơn này không cho phép DCS chia sẻ các chứng từ đã chỉnh sửa vì bất kỳ mục đích nào khác.

Không được phân biệt đối xử với bất kỳ người nào về vấn đề chủng tộc, màu da, nguồn gốc, tín ngưỡng, tôn giáo, giới tính, tuổi tác hoặc khuyết tật trong việc tuyển dụng, dịch vụ hoặc bất kỳ khía cạnh nào trong các hoạt động của chương trình. Đơn này hiện có bằng nhiều hình thức khác nhau theo yêu cầu.