

ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

DCSS 0054 RUS (04/27/05)

Округ:	Телефон:	Номер дела в Бюро по вопросам алиментов на детей:
Родитель, не проживающий вместе с ребенком:		
Полное имя: (Имя, отчество, фамилия)	Я являюсь <input type="checkbox"/> Родителем, проживающим вместе с ребенком <input type="checkbox"/> Родителем, не проживающим вместе с ребенком <input type="checkbox"/> Работодателем	
Адрес (улица)	Город, штат, почтовый индекс	
Телефон	Номер социального обеспечения	
Работодатель (имя, улица, город, штат, почтовый индекс, телефон)		

Инструкции: *Пожалуйста, заполните РАЗДЕЛ I, если медицинское страхование предоставлено или доступно со стороны родителя, не проживающего вместе с детьми или работодателя. РАЗДЕЛ II относится к медицинскому страхованию другого родителя. Работодатели заполняют только разделы I и III. Пожалуйста, подпишите и на заполненной форме. укажите дату*

РАЗДЕЛ I. ВАШЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ:

Есть ли у Вас в настоящее время медицинское страхование? Да Нет Если Вы ответили «Да», то, пожалуйста, заполните следующие графы:

Компания или ассоциация, предоставляющие медицинское страхование (укажите местный номер ассоциации)	Предоставлена: <input type="checkbox"/> Родителем, проживающим вместе с ребенком <input type="checkbox"/> Родителем, не проживающим вместе с ребенком <input type="checkbox"/> Работодатель <input type="checkbox"/> Прочее:	Родственные отношения:
---	--	------------------------

Адрес страховой компании: улица, номер офиса или помещения (Адрес, куда посылаются почтой иски)	Телефонный номер (включая код территории)
---	---

Город	Штат	Почтовый индекс	Номер страхового свидетельства
-------	------	-----------------	--------------------------------

Сумма премии в долларах США	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода
-----------------------------	--

Выплачиваемая Вами сумма в долларах США:	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода
--	--

Сумма, выплачиваемая работодателем в долларах США	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода
---	--

Сумма вычета, применимая к части работодателя в сумме медицинской страховки, доллары США	Сумма вычета, применимая к части иждивенца в сумме медицинской страховки, доллары США	Стоимость, добавляемая на дополнительного ребенка Доллары США
--	---	---

Иждивенец(и), обеспеченный настоящее время медицинским страхованием

Полное имя (имя, отчество, фамилия)	Номер социального страхования	Пол	Дата рождения	Номер(а) страхового свидетельства	Дата начала	Дата окончания
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Пожалуйста, отметьте эту клетку, если имена и номера страховых полисов дополнительных иждивенцев, обеспеченных Вашим медицинским страхованием, перечислены на отдельном листе. Пожалуйста, приложите этот лист.

Не доступно иждивенцам

Страховой полис обеспечивает следующее: (отметьте все, что применимо)

- Визиты врача Дополнительное страхование по программе Medicare Конкретное заболевание Лекарства, выдаваемые по рецепту
- Долговременный уход Пребывание в госпитале Внегоспитальное обслуживание Прочее (указать)
(т.е., лабораторные работы, физиотерапия)

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРАХОВАНИЕ:

Имеете ли Вы в настоящее время стоматологическую страховку? Да Нет

Если Вы ответили "Да", пожалуйста, заполните следующие графы:

Компания, предоставляющая стоматологическое страхование

Адрес компании, предоставляющей стоматологическое страхование: улица, номер квартиры или помещения или номер блока (адрес, по которому почтой высылаются иски)

Город	штат	почтовый индекс	Номер страхового полиса
Сумма премии в долларах США	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода		
Выплачиваемая Вами сумма в долларах США:	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода		
Сумма, выплачиваемая работодателем в долларах США	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода		
Сумма вычета, применимая к части работодателя в сумме медицинской страховки, доллары США	Сумма вычета, применимая к части иждивенца в сумме медицинской страховки, доллары США	Стоимость, добавляемая на дополнительного ребенка Доллары США	

Иждивенец(и), обеспеченный стоматологическим страхованием

Полное имя (имя, отчество, фамилия)	Номер социального страхования	Пол	Дата рождения	Номер(а) страхового свидетельства	Дата начала	Дата окончания
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Пожалуйста, отметьте эту клетку, если имена и номера страховых полисов дополнительных иждивенцев, обеспеченных Вашим стоматологическим страхованием, перечислены на отдельном листе. Пожалуйста, приложите этот лист.

Не доступно иждивенцам

СТРАХОВАНИЕ ЗРЕНИЯ:

Есть ли у Вас в настоящее время страхование зрения? Да Нет

Если Вы ответили «Да», то, пожалуйста, заполните следующие графы:

Компания, предоставляющая страхование зрения

Адрес компании страхования зрения: улица, номер офиса или помещения (Адрес, куда посылаются почтой иски)

Город	Штат	Почтовый индекс	Номер страхового свидетельства
Сумма премии в долларах США	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода		
Выплачиваемая Вами сумма в долларах США:	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода		
Сумма, выплачиваемая работодателем в долларах США	Отметьте одно: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> раз в две недели <input type="checkbox"/> раз в полгода		
Сумма вычета, применимая к части работодателя в сумме медицинской страховки, доллары США	Сумма вычета, применимая к части иждивенца в сумме медицинской страховки, доллары США	Стоимость, добавляемая на дополнительного ребенка Доллары США	

Иждивенец(и), обеспеченный страхованием зрения

Полное имя (имя, отчество, фамилия)	Номер социального страхования	Пол	Дата рождения	Номер(а) страхового свидетельства	Дата начала	Дата окончания
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Пожалуйста, отметьте эту клетку, если имена и номера страховых полисов дополнительных иждивенцев, обеспеченных Вашим страхованием зрения, перечислены на отдельном листе. Пожалуйста, приложите этот лист.

Не доступно иждивенцам

