Pangalan ng Tagatanggap: _____
Address ng Tagatanggap:

Ipinapakita ng aming mga rekord na ang iyong kasalukuyang utos ng suporta ay hindi nag-aatas sa iyo na magbigay ng insurance na pangkalusugan para sa iyong mga anak. Ang aming opisina ay inaatasan ng batas na humingi ng insurance na pangkalusugan para sa iyong (mga) nakadependeng anak. Isang mosyon ang ihahain sa hukuman upang magdagdag ng coverage ng insurance na pangkalusugan ang iyong kasalukuyang utos ng suporta.

Kalakip ang isang blangkong form ng Impormasyon sa Insurance na Pangkalusugan (DCSS 0054) para mapunan mo at maibalik sa aming opisina. Maaari mong ibalik ang form na ito sa aming opisina sa pamamagitan ng koreo sa sumusunod na address:

Maaari mo ring ibalik ang form na ito sa pamamagitan ng pagbisita sa aming opisina nang personal sa sumusunod na address:

Dapat mong ibalik ang form na ito sa aming opisina sa loob ng **20** araw ng kalendaryo mula sa petsa ng liham na ito. Ang iyong tulong ay kinakailangan upang matiyak na ang iyong (mga) anak ay may access sa anumang mga benepisyong pangkalusugan na pinapahintulutan silang matanggap ayon sa batas, at alam ng hukuman ang iyong kasalukuyang sitwasyon.

Kung mayroon kang anumang mga katanungan tungkol sa liham na ito o kailangan mo ng tulong sa pagpuno sa kalakip na form, mangyaring tumawag sa amin sa (866) 901-3212.

Kalakip