

INSTRUCCIONES

Cualquier gasto para asistencia médica incurrido después de la entrada de su orden judicial, Ud. debe entregarlos primero directamente a la otra parte/persona.

Si la otra parte/persona falla en cumplir con los arreglos de pago dentro de 35 días, complete los formularios para la demanda para pago de gastos médicos.

Envíe los formularios, las copias de cada gasto y una copia de la carta/correo electrónico que Ud. envió a la otra parte/persona a la oficina del Friend of the Court. Nuestra oficina comenzará el cobro/la recuperación de los gastos de acuerdo con los términos de su orden judicial.

Tenga en cuenta: Nuestra oficina no hará cumplir los gastos incurridos después de 1 año.

DEMANDA PARA PAGO DE GASTOS PARA ASISTENCIA MÉDICA

La información de la otra parte/persona:

Número del caso: _____

Nombre

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Haga una lista de cada gasto separadamente.

Nombre del niño	El nombre del médico/ la farmacia	La fecha de servicio	La razón para la visita	El gasto entero	El seguro de salud pagó	Usted pagó

Esta es una declaración verdadera con respecto a los gastos de salud para los hijos, al mejor de mi conocimiento.

Fecha

Firmado

Para uso administrativo - no escriba en esta parte.

Total medical cost not paid by insurance: \$ _____

Percentage owed by payer: % _____

Total amount due: \$ _____