

DIRECCIONES

Cualquier gastos medicos de salud incurridos despues de la entrada de su orden del tribunal se debe ser sometido primero por usted directamente al otro partido.

Si el otro partido falla de hacer los arreglos de pago dentro de 35 dias, complete las formas por demanda para pago de cuidado medico de salud.

Envie las formas, las copias de cada gastos, y una copia de la carta que envio al otro partido a la oficina del Friend of the Court. Nuestra oficina comenzara la coleccion de gastos de acuerdo a los terminos de su orden del tribunal.

NOTA: Nuestra oficina no enforzara gastos incurridos despues de 1 ano.

Ottawa County Friend of the Court
414 Washington Room 225
Grand Haven, MI 49417

DEMANDA PARA PAGO DE CUIDADO DE SALUD

La informacion de la otro persona:

Numero del caso # _____

_____ nombre

_____ direccion

_____ ciudad, estado, codigo postal

LISTE CADA GASTO SEPARADA

nombre de nino	nombre del doctor	fecha de servicio	razon para la visita	el costo	el seguro pago	usted pago

Esta una declaracion verdadera con respecto a los gastos de salud para los ninos, al mejor de mi informacion.

_____ Fecha

_____ Firma

No escriba aqui

Total medical cost not paid by insurance: \$ _____

Percentage owed by payer: % _____

Total amount due: \$ _____

Date of mailing by the Court _____