Nombre del menor: _____ N.º de caso _____

Instrucciones: Este formulario se utiliza para denunciar que la contraparte no ha pagado facturas por servicios médicos. **Utilice un formulario para cada uno de sus hijos.** Debe presentar una Denuncia de desacato, Petición y Afidávit (Formulario Uniforme de Relaciones de Familia - 21) y una Orden para presentar motivos justificantes, Aviso e instrucciones para el Secretario del Tribunal (Formulario Uniforme de Relaciones de Familia - 22). Debe traer copias de las facturas por servicios médicos, formularios de Explicación de Beneficios y pruebas de pago de las facturas, a la audiencia. Venga preparado para indicar la cantidad que se le debe a usted, a los proveedores de servicios, a agencias de cobros o a otras entidades. **Si necesita más espacio, añada más hojas.**

EXPLICACIÓN DE LAS FACTURAS POR SERVICIOS MÉDICOS

Fecha del servicio	**Nombre al proveedor del servicio (p. ej., médico, dentista, terapeuta, hospital) y qué servicios recibió el menor**	**Total**	**Fecha en la que envió la factura a la contraparte**	**Monto pagado por la compañía de seguros**	**Monto pagado por usted**	**Monto pagado por la contraparte**	**Monto sin pagar**	**Monto adeudado por la contraparte**

Monto total del reclamo **$** _____

_____ _____
Su firma Fecha