اسم الطفل: _____ رقم القضية: _____

تعليمات: تستخدم هذه الاستمارة عندما تدّعي أن الطرف الأخر لم يدفع فواتير الرعاية الصحية. **استخدم استمارة منفصلة لكل طفل**. يتحتم تقديم التماس للازدراء وإقرار (استمارة 21 الموحدة للعلاقات الأسرية) وأمر تعليل وإشعار وتعليمات للكاتب (استمارة 22 الموحدة للعلاقات الأسرية). يتحتم احضار نسخ من فواتير الرعاية الصحية، واستمارات شرح الفوائد، ودليل الدفع الي الجلسة. كن مستعدا لإيضاح المبلغ المستحق لك، مقدمي الخدمات، هيئات التحصيل، أم كيانات أخري. **إذا احتجت مساحة أكبر، أرفق صفحات إضافية.**

شرح فواتير العناية الصحية

تاريخ العلاج	اسم مقدّم الخدمة (مثلا، الطبيب، طبيب الأسنان، المعالج، المستشفى والخدمات التي قدّمت.)	إجمالي الفاتورة	تاريخ إرسال الفاتورة للطرف الآخر	المبلغ الذي دفعه التأمين	المبلغ الذي دفعته أنت	المبلغ المدفوع بواسطة الطرف الآخر	مبلغ الفاتورة غير المدفوع	المبلغ المطلوب من الطرف الآخر

المبلغ الإجمالي للطلب $ _____

توقيعك _____ التاريخ _____

يرجاء استكمال النسخة الإنجليزية من هذه الاستمارة