

## **Attachment A: UNREIMBURSED MEDICAL, DENTAL & VISION CARE EXPENSES**

*Anexo A: GASTOS MÉDICOS, DENTALES Y RELACIONADOS CON LA VISTA NO REEMBOLSADOS*

**Submitted by:** \_\_\_\_\_  
*(Presentado por:) your name / (su nombre)*

**Case Number: / (Número de caso:)** \_\_\_\_\_

**Father's Name:** \_\_\_\_\_  
*(Nombre del padre:)*

**Father's share of all unreimbursed expenses listed on this sheet is:**  
*(La parte del padre de todos los gastos no reembolsados indicados en esta hoja es:)* \_\_\_\_\_

**Mother's Name:** \_\_\_\_\_  
*(Nombre de la madre:)*

**Mother's share of all unreimbursed expenses listed on this sheet is:**  
*(La parte de la madre de todos los gastos no reembolsados indicados en esta hoja es:)* \_\_\_\_\_

**Total: / (Total:)** 100%

Date of Service <i>(oldest-first) (Fecha del servicio) (más antiguo primero)</i>	Name of Health Care Provider <i>(Nombre del proveedor de servicios de cuidado de la salud)</i>	Total Amount of Bill <i>(Monto total de la factura)</i>	Amount of Bill Paid by Insurance or 3 <sup>rd</sup> Party <i>(Monto de la factura pagada por el seguro o un tercero)</i>	Amount of Bill Paid by Father <i>(Monto de la factura pagada por el padre)</i>	Amount of Bill Paid by Mother <i>(Monto de la factura pagada por la madre)</i>	Remaining Balance of Bill Due <i>(Saldo de la factura adeudado)</i>	Amount of Father's Remaining Responsibility <i>(Monto restante responsabilidad del padre)</i>	Amount of Mother's Remaining Responsibility <i>(Monto restante responsabilidad de la madre)</i>

