

APÉNDICE E

Facturas médicas

Esta forma o las facturas médicas no son necesarios para que envíe una solicitud. Si es necesario, esta información puede ser solicitada por un trabajador social.

¿Usted, su cónyuge o hijo menor de 21 años necesita ayuda para pagar las facturas médicas por servicios recibidos durante los últimos tres meses calendarios? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, brinde una copia de las facturas médicas de los últimos 3 meses calendarios.

Si no tiene copias de sus facturas médicas, complete el cuadro a continuación.

◆Háblenos sobre sus facturas médicas.		
Quién adeuda la(s) factura(s) Nombre del paciente	Liste el nombre del médico, la clínica, el hospital, el número de teléfono y la ciudad donde fue tratado	Fecha de tratamiento médico



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Póngase en contacto con el DSS de su condado (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) o llámenos al 1-800-662-7030. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al 1-800-662-7030 e indique al representante de servicios al cliente el idioma que necesita. Lo ayudaremos sin costo alguno. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-452-2514.