



IDENTIFICACIÓN DEL CASO				
CO.	NÚMERO DE REGISTRO	CAT.	CTR.	DIST.
NOMBRE				

ACUERDO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO POR RECLAMACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA

CONSIDERANDO que poseo el derecho o fundamento de la demanda que surge de una lesión personal, a saber:

y que se ha realizado una solicitud ante el Departamento de Servicios Humanos del Estado de Pennsylvania para Asistencia Médica para mi cuidado en relación con la lesión.

EN VIRTUD DE LO CUAL, en relación con dicha Asistencia Médica pagada de manera provisional a la espera de arbitraje o resolución del derecho o fundamento de la demanda, por el presente acepto abonarle al Departamento de Servicios Humanos del Estado de Pennsylvania, toda reclamación por dicha asistencia pagada de forma provisional y que luego, como resultado del arbitraje o resolución del derecho o fundamento de la demanda, se observó que se había abonado de forma incorrecta. La reclamación del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Pennsylvania, por Asistencia Médica abonada de forma incorrecta será igual al monto de dicha asistencia abonada de forma provisional para cuidados o servicios médicos relacionados con la lesión mencionada anteriormente, o el monto de dinero que recibí como resultado del arbitraje o resolución del derecho o fundamento de la demanda, el que sea menor.

Por el presente reconozco que todos los honorarios legales y costos relacionados son de mi entera responsabilidad y no se le pueden cobrar al Departamento de Servicios Humanos.

Por el presente le ordeno a mi apoderado o representante que abone al Departamento de Servicios Humanos el dinero que pueda llegar a las manos de dicho apoderado, luego de la deducción de honorarios legales y los costos relacionados con la recuperación de dichos fondos, o tanto como sea necesario del saldo de los fondos para satisfacer la reclamación del Departamento de Servicios Humanos. Se entiende que la presente autorización es irrevocable y que es mi intención quedar legalmente vinculado.

Además, acuerdo notificarlo a la Oficina de Asistencia del Condado y efectuar el pago inmediatamente si los fondos llegan a mis manos. A los efectos de llevar a cabo el objetivo del presente acuerdo, por el presente autorizo al protonotario o a cualquier abogado de cualquier tribunal de registro de Pennsylvania, o de otro sitio, en virtud de la certificación por parte del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Pennsylvania, luego del arbitraje o la resolución por dicho derecho o fundamento de la demanda, que sostiene que el pago de forma provisional de mi beneficio por parte de Asistencia Médica se ha hecho de forma incorrecta, a comparecer y registrar una sentencia en mi contra por la suma de Cinco Mil Dólares (\$5,000.00), con declaración o sin ella, liberación de responsabilidad por errores y sin prórroga para la ejecución.

Además, se acuerda que, si la reclamación de asistencia, tal como se define anteriormente, es menor que Cinco Mil Dólares (\$5,000.00), seré responsable solo del pago del monto menor. Esta sentencia se cobrará como otras sentencias. Además, acuerdo que mis bienes inmuebles se pueden vender por orden judicial de ejecución. Por el presente renuncio a toda compensación contemplada en cualquier ley de valoración, suspensión o exención de cualquier estado o de los Estados Unidos, actualmente vigente o que se apruebe de aquí en adelante.

Testigo: _____

Firmado: _____ (SELLO)

Fecha: _____