Acuerdo de Cuota de Consejeria

Family Houston cobra una cuota de $125.00 por 45 minutos por sesión de consejeria individual o de familia. También aceptamos seguro médico. Ud.(Uds.) podria(n) ser elegibles para recibir estos servicios a un costo reducido, subsidíado a través de fondos de United Way. Su estado de ingreso familiar debe ser verificado con una copia de su forma de pago de impuestos más reciente o un cheque de pago reciente. La cantidad exacta de co-pago sera determinada por una Escala de Pago Escalonada basada en ingresos y el número de miembros en la familia. Basados en el número de miembros en su familia e ingreso familiar comprobado, Ud. es responsable por un co-pago de $_____ por cada sesión por los servicios de consejeria recibidos.

- Cuotas por servicios deben ser pagadas cuando los servicios son ofrecidos. Si Ud. no puede pagar en ese momento, se le ofrecerá una oportunidad de cambiar la fecha de su cita médica.
- Si Ud lo solicita, se le proveera información suficiente para solicitar reembolso por servicios prestados de su compañía de seguros.
- Family Houston no extiende crédito. El pago por servicios debe ser hecho en efectivo, cheque personal o tarjeta de crédito (MasterCard o VISA).
- Hay un cargo de $9.00 por cada cheque devuelto por falta de fondos. Después de dos cheques devueltos, sólo se aceptará pagos en efectivo o con tarjeta de crédito
- **Ud sera responsable por el pago de $25.00 si no cancela las citas con al menos 24 horas de anticipacion, excepto en casos de emergencia.** Ud sera responsable de informar a Family Houston, si hay cualquier cambio respecto a su aseguranza, Medicaid o Medicare. En caso de no avisar de tal cambio, cualquier cargo en que se incurra y que no sean cubiertos, serán de su sola responsabilidad.
- Si Ud requiere que su terapeuta sea citado por una Corte, se le cobrara a la escala de $125.00 por cada hora que el terapeuta debe estar disponible. Esas cuotas deben ser pagadas cuando los servicios son provistos. Balances no pagados por esos servicios deberan ser pagados antes de la continuación de los servicios.

He leído este acuerdo y entiendo que soy responsable por el pago de la cuota como se describió anteriormente. Yo autorizo la entrega de cualquier información necesaria para tramitar pagos a mi plan de seguros y /o al plan de seguro de las personas de las que soy legalmente responsable. Yo autorizo que los pagos por los servicios recibidos sean hechos directamente a *Family Houston,* menos co-pagos y deducibles de los cuales yo soy responsable. Reconozco que he recibido descripciones escritas del programa, mis derechos, los procedimientos de queja, y la Información del Aviso de Practicas. Al firmar este documento, doy mi consentimiento de ser tratado en el programa de terapia individual y familiar.

_____

Firma del cliente Fecha (mes/día/año)

_____

Firma del miembro del personal Fecha (mes/día/año)

Nombre del cliente (letra imprenta): _____Numero del Cliente: _____

Nombre del empleado (letra imprenta): _____