

DAYMARK Recovery Services

Medicaid# : _____ MR# _____

Client Name: _____ DOB _____

HONORARIOS DE SERVICIOS Y TARIFA DE ESCALA DE PAGOS

DAYMARK Recovery Services, Inc. Establece nuestros honorarios y tarifa de escala basado en las tarifas actuales en este campo. La mayoría de las personas encontraran estos honorarios y escala de tarifa apropiada para lo que pueden permitirse pagar. Si su información financiera cambia mientras usted esta siendo atendida(o) aquí, por favor pídale a la recepcionista que desee hablar con alguien en el departamento de cuentas acerca de su cambio. Si usted no tiene seguro medico; necesita traer lo siguiente como comprobante de ingresos:

****TENGA EN CUENTA EFECTIVO 04/01/10, EL CARGO TOTAL SERA CARGADO AL CONSUMIDOR SI NO SE NOS HA APORTADO PRUEBA DE LA DOCUMENTACION RELATIVA A LOS INGRESOS POR LA SEGUNDA CITA.****

NO DEJE ESTA FORMA EN BLANCO!

<i>Por favor cheque lo siguiente como prueba de ingresos:</i>
• _____ Un talón de cheque corriente
• _____ Su W2 mas reciente
• _____ Copia de su declaración de impuestos mas reciente
<i>Por favor complete lo siguiente:</i>
Ingreso Anual ÷ 12 = Ingreso Mensual
\$ _____ ÷ 12 = \$ _____ poner en el primer elemento con viñetas abajo
• _____ Proporcione Ingreso Mensual
• _____ Numero de dependes* En su hogar
• _____ Porcentaje a pagar (basado en el deslizamiento de la hoja de escala)

Escoja el origen de ingresos (necesitaremos hacer una copia de la documentación):
_____ Determinación de Incapacidad
_____ Sostenimiento de Niños
_____ Cheque de Desempleo
_____ Cheque de Seguro Social
_____ Persona sin Hogar – No tengo ninguna Fuente de ingreso.
_____ Otro – Favor de escribir abajo el origen(es) de ingresos.

Favor de traer su tarjeta de Seguro Social, tarjeta de Seguro Medico, Tarjetas de Medicaid y/o Medicare así como los co-pagos o pago de servicios.

Si la información no se suministra a Daymark por la segunda visita, es posible que no se programaran visitas futuras hasta que la información sea recibida.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha