

**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!**

<b>Por favor cheque lo siguiente como prueba de ingresos:</b>	
• _____	<b>Un talón de cheque corriente</b>
• _____	<b>Su W2 mas reciente</b>
• _____	<b>Copia de su declaración de impuestos mas reciente</b>
<b>Por favor complete lo siguiente:</b>	
<b>Ingreso Anual ÷ 12 = Ingreso Mensual</b>	
<b>\$ _____ ÷ 12 = \$ _____ poner en el primer elemento con viñetas abajo</b>	
• _____	<b>Proporcione Ingreso Mensual</b>
• _____	<b>Numero de dependes* En su hogar</b>
• _____	<b>Porcentaje a pagar (basado en el deslizamiento de la hoja de escala)</b>
<b>Escoja el origen de ingresos (necesitaremos hacer una copia de la documentación):</b>	
_____	<b>Determinación de Incapacidad</b>
_____	<b>Sostenimiento de Niños</b>
_____	<b>Cheque de Desempleo</b>
_____	<b>Cheque de Seguro Social</b>
_____	<b>No tengo ninguna Fuente de ingreso.</b>
_____	<b>Otro – Favor de escribir abajo el origen(es) de ingresos</b>
_____	<b>Persona sin Hogar</b>

**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