

**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>	
• _____	Un talón de cheque corriente
• _____	Su W2 mas reciente
• _____	Copia de su declaración de impuestos mas reciente
<b>Por favor complete lo siguiente:</b>	
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)
<b>Escoja el origen de ingresos (necesitaremos hacer una copia de la documentación):</b>	
_____	Determinación de Incapacidad
_____	Sostenimiento de Niños
_____	Cheque de Desempleo
_____	Cheque de Seguro Social
_____	No tengo ninguna Fuente de ingreso.
_____	Otro – Favor de escribir abajo el origen(es) de ingresos
_____	Persona sin Hogar

**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