

Solicitud para Asistencia Financiera

Nombre del Cliente: _____

Fecha: _____

Identificación del Cliente: _____

Ingreso del Hogar		# de Dependes		Responsabilidad del Cliente	
-------------------	--	---------------	--	-----------------------------	--

Tipo de Servicio	Tarifa Base	Responsabilidad del Cliente
E&M (Visita Médica)		
Terapia Familiar ¹		
Terapia en Grupo ¹		
Terapia Individual ¹		
Terapia por Abuso de Sustancias ¹		
Evaluación de Admisión		

¹Tarifas basadas en sesión de 1-hora.

****Sólo los residentes del condado de Crawford serán elegibles para recibir una reducción de responsabilidad.**

*Los Ingreso del Hogar se basan en los ingresos brutos anuales. Este sería la cantidad antes de que le deduzcan los impuestos de su salario.

*Las pruebas psicológicas y las evaluaciones de SUD ordenadas por el tribunal/corte no aplican a la escala de tarifas móvil.

Programa de Compensación de Kansas

Yo, _____, reconozco que se me ha brindado información sobre el Programa de Compensación de Kansas.

Los siguientes procedimientos describen el Programa de Compensación de Kansas vigentes en el Centro de Salud Mental del Condado de Crawford.

_____ Entiendo que el Programa de Compensación de Kansas se rige por KSA 75-6201 et seq. que permite al Departamento de Administración compensar el dinero que el Estado de Kansas debe a proveedores e individuos con las deudas que esas entidades tienen con el Estado de Kansas, y las municipalidades que se volvieron elegibles para participar en 1996.

_____ La cantidad de la deuda debe ser más de \$25 para ser presentada al Programa de Compensación de Kansas. Los archivos de pagos estatales que coinciden con la información del deudor de la que se pueden restar las deudas incluyen: nomina estatal, reembolsos de impuestos individuales, pagos estatales diversos, reembolsos de impuestos sobre la propiedad, propiedad no reclamada, Jubilación de Empleados Públicos de Kansas y pagos de premios de casinos estatales.

Solicitud de Asistencia Financiera

_____ Después de 3 intentos por parte de la agencia de cobrar el pago adeudado, en forma de estados de cuenta mensuales o cualquier otro tipo de notificaciones, sin pago ni contacto con el cliente, la agencia entregara el saldo correspondiente adeudado al Programa de Compensación de Kansas.

La agencia hará todo lo posible para informar a los clientes en persona en su última cita antes de que los saldos de los clientes se envíen al Programa de Compensación de Kansas.

_____ Los saldos de los clientes que están sobresalientes y presentados al Programa de Compensación de Kansas, se aplicaran.

Por ejemplo, si un cliente tiene una tasa de responsabilidad determinada del 10% de los cargos, entonces el saldo total del cliente se reducirá nuevamente a la tasa apropiada (es decir, 10%) y esa cantidad se enviara al Programa de Compensación de Kansas.

_____ Los clientes pueden presentar por escrito una solicitud a la agencia explicando cualquier dificultad o barrera para realizar el pago de los servicios, que será revisada por un comité que incluirá al Director Ejecutivo para detectar cualquier excepción o modificaciones a la responsabilidad del cliente según lo determinado por el proceso de la solicitud de asistencia financiera, que debe completarse y presentarse anualmente para participar en los descuentos ofrecidos a través de la escala móvil de tarifas.

Firma del Cliente o Guardián

Fecha

Firma del Testigo

Fecha