

**BEHAVIORAL HEALTH CLIENT COST EXPLANATION AND AGREEMENT**

<b>San Luis Obispo Behavioral Health Department</b>		<input type="checkbox"/> DAS 2180 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (805) 781-4275 FAX(805) 781-1227	<input type="checkbox"/> MH 2178 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (800) 838-1381 FAX (805) 781-1177
Garante-la persona responsable del pago aparte del cliente			
Nombre <small>Name</small>		Teléfono <small>Phone</small>	Número de Seguro Social: <small>SSN</small>
Domicilio: <small>Street Address</small>		Ciudad: <small>City</small>	Estado <small>State</small> Código Postal <small>zip</small>
<b>Información del Seguro de Salud, Medicare</b>			
Compañía de seguro medico <small>Health Insurance Company</small>		Teléfono <small>Phone</small>	Fecha de vigencia      Grupo o Número de Política
Dirección <small>Address</small>		Ciudad: <small>City</small>	Estado <small>State</small> Código Postal <small>zip</small>
Miembro de plan de seguros		Fecha de Nacimiento <small>DOB</small>	Número de identificación de miembro de seguros <small>Member ID</small>
<b>Información del Empleo</b>			
El Nombre del Patrón <small>Employer Name</small> - <i>Elija el que</i> <input type="checkbox"/> Empleador del cliente <input type="checkbox"/> Empleador del padre <input type="checkbox"/> Empleador del esposo			Número de teléfono del empleador
<input type="checkbox"/> Mercado de trabajo competitivo <input type="checkbox"/> A. más de 35 horas <input type="checkbox"/> B. menos de 35 horas <input type="checkbox"/> Mercado de trabajo no competitivo <input type="checkbox"/> C. más de 35 horas <input type="checkbox"/> D. menos de 35 horas (taller protegido/ambiente protegido, etc)			
Número de personas que dependen de los ingresos incluyendo el cliente		Ingresos mensuales brutos de la familia	\$
		→	
		TOTAL DE ACTIVOS LÍQUIDOS	\$
		→	
<b>Activos Líquidos →</b> <small>Ponga todos los ahorros, cuentas bancarias, el valor actual de mercado de acciones, bonos y fondos mutuos</small>		Asignación de activos de la tabla	\$
		Resto	\$
		Divida el resto entre 12 y anótelo aquí	\$
		<b>Total de ingresos mensuales</b>	\$
<b>*****Personal solamente *****</b> <small>Staff Only</small> <b>Staff please collect Income Information-</b> Gross monthly income is income before taxes are deducted			
<b>Allowable Expenses- Must be on a regular monthly basis</b>			
Court ordered obligations/Child Care payments (for employment)/ Dependent support payments			\$
Medical expenses in excess of 3% of income			\$
Mandated deductions from gross income for retirement plans (Social Security has been included in the schedule)			\$
<b>Total Allowable deductions</b>			\$
<b>Adjusted gross monthly income</b>			\$
<b>Annual deductible from UMDAP schedule →</b>			\$
<b>UMDAP Adjustment &amp; Approval</b>			
Reviewed and Deductible set by	Name	Date	
Deductible adjusted to \$	Deductible adjusted because:		Refer to progress notes dated
Approved by Program Supervisor		Date	Location
<b>CLIENT NAME</b>		<b>CLIENT NUMBER</b>	

CLIENT NAME	CLIENT NUMBER
-------------	---------------

**POR FAVOR ESPERA - PARA SER LLENADO CON EL PERSONAL DE SALUD MENTAL**

### EXPLICACIÓN DE COSTOS Y ACUERDO

El costo para el tratamiento en San Luis Obispo Condado de Servicios de Behavioral Health se basa en una fórmula estatal que determina su capacidad de pago de acuerdo a sus ingresos familiares y el tamaño. Una familia va a pagar, ya sea el costo total del tratamiento o el deducible anual, el que sea menor. El costo total del tratamiento se basa en la cantidad de tiempo que los miembros de su familia pasa de recibir servicios de salud mental.

El deducible de su familia se establece por un período de doce meses a partir del primer mes de servicios de salud mental. A pesar de su deducible abarca un período de doce meses calendario, estará obligado a pagar el costo total de su tratamiento hasta el monto de su deducible anual. Siempre y cuando su situación financiera sigue siendo la misma, nunca se verá obligado a más de su deducible anual, a pesar de que el costo de su atención puede ser mayor.

Si usted tiene seguro médico, es necesario que los Servicios de Behavioral Health de presentar una reclamación por el costo total del servicio a la aseguradora. El monto pagado por su servicio por la compañía de seguros se aplicará al coste del servicio. Usted sigue siendo responsable de la cantidad de su deducible anual. En el caso de que sus pagos y los de su compañía de seguros superior a los gastos reales, se le reembolsará la diferencia.

Su deducible de Behavioral Health es \$ \_\_\_\_\_, que cubre la cuota anual a partir de \_\_\_\_\_ y termina \_\_\_\_\_.

Por favor marque una:

- Estoy de acuerdo a pagar mi deducible de \$ \_\_\_\_\_ hoy en plena / durante mi próxima visita.
- Estoy de acuerdo a pagar mi deducible de \$ \_\_\_\_\_ con pagos de \$ \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_ y para pagar el saldo restante dentro de un mes de mi último tratamiento de salud mental.
- Estoy de acuerdo a pagar mi deducible de \$ \_\_\_\_\_ si no traigo la verificación de elegibilidad de Medi-Cal por cada mes que reciba Servicios de Behavioral Health.

Póngase en contacto con nosotros si:

- (1) Usted no puede pagar su cuota
- (2) Su ingreso total aumenta o disminuye
- (3) Hay cambios en el número de personas que dependen de sus ingresos

Usted puede llamar a su terapeuta o la oficina de facturación (781-4702) si usted tiene alguna pregunta sobre su factura.

- San Luis Obispo Johnson Clinic                      781-4700
- Atascadero Clinic                                      461-6060
- Youth Services    781-4179
- Arroyo Grande Clinic                                 473-7060
- San Luis Obispo South Street                      781-4850
- Martha's Place                                         781-4948
- Kinship Center                                         434-2449

**Nota: Behavioral Health pide que traiga el cambio exacto o pagar con cheque, no tenemos cambio disponible.**

Firma del Paciente o Persona Responsable	Fecha
Firma del Representante de Behavioral Health	Fecha