

# Tahoe Youth & Family Services

## PROCEDIMIENTOS DE PAGO PARA CONSEJERÍA INDIVIDUAL, DE FAMILIA Y EN GRUPO

Durante la Sesión de Ingreso, le pediremos información básica para poder evaluar su situación. Si no podemos asistirlo, le ofreceremos información acerca de otras agencias en la ciudad.

*Sesiones individuales y de familia duran 50 minutos.*

*Sesiones en grupo duran una hora y media.*

**Determinación de Pago:** El costo actual de servicios de Tahoe Youth & Family Services es \$125.00 para sesiones individuales y de familia, \$35.00 para sesiones en grupo. Será requerido que clientes cubiertos por aseguranza médica paguen el costo entero para servicios, y que sometan sus recibos a la compañía de aseguranza para reembolso. Si su compañía de aseguranza no cubre servicios de consejería, usaremos la tabla anexa para determinar su cuota, basada en sus ingresos mensuales (antes de impuestos) y el tamaño de su familia. Será requerido someter verificación de ingresos en una de las siguientes formas:

1. Un talón reciente de pago;
2. Verificación de AFDC, SSI, desempleo o incapacidad;
3. Su forma más reciente W-2 o de impuestos (1040EZ, 1040A, etc.);
4. Copias de sus tarjetas de Medi-Cal y de Seguro Social.

Tahoe Youth & Family Services no requiere pago antes que empiece una sesión. Pagos son hechos directamente a la gerente de la oficina. Si Ud. no paga para dos (2) sesiones, no se hará una cita para una tercera sesión en el calendario hasta que su cuenta está corriente.

**Por favor llene la forma en la página 2. Una tabla de cuotas para sesiones individuales y de familia está en la página 3. Una tabla de cuotas para sesiones en grupo está en la página 4. Gracias.**

## VERIFICACIÓN DE INGRESOS

La información abajo debe de ser llenada completa y precisa. Cuotas son basadas en sus ingresos mensuales (antes de impuestos) y el tamaño de su familia. Tahoe Youth & Family Services no rehusará servicios a cualquier persona demostrando una *incapacidad* de pagar; pero, la Sección 11841 del Código de Salud y Seguridad del Estado de California requiere que la agencia cobre una cuota para servicios de consejería cada vez que un cliente demuestra una *abilidad* para pagar.

Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pariente: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de] Casa: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social de Pariente: \_\_\_\_\_ Nº de Licencia de Manejar: \_\_\_\_\_

Otros Dependientes: \_\_\_\_\_

¿Está Ud. recibiendo beneficios de Medi-Cal?       Sí  No

Si "sí," por favor provee una copia de su tarjeta y el número: \_\_\_\_\_

### INGRESOS MENSUALES (ANTES DE IMPUESTOS)

Origen	Aplicante	Pareja	Total
Empleo	_____	_____	_____
Mantenimiento de Niño	_____	_____	_____
Desempleo	_____	_____	_____
Seguro Social	_____	_____	_____
Incapacidad	_____	_____	_____
Welfare/AFDC	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____

*Artículo III, Sección 1788 del Código Civil del Estado de California especifica que es una violación de la ley para cualquier recipiente de crédito del consumidor someter información falsa o inexacta; voluntariamente ocultar información adversa sobre su crédito, su estado de crédito o su capacidad para crédito; o fallar a notificar esta oficina, dentro de un tiempo adecuado, de cualquier cambio en nombre, dirección o empleo.*

**La información financiera que precede es verdadera y exacta al mejor de mi conocimiento.**

Firma del Familiar/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## TABLA DE CUOTAS PARA SESIONES INDIVIDUALES Y DE FAMILIA

Verificación de ingresos de la familia es requerida en la forma de un talón reciente de cheque, una forma de impuestos, o un informe del banco. Recipientes de AFDC, SSI, desempleo, e incapacidad son elegibles para una dispensa de cuota con documentación apropiada.

Ingresos Mensuales	Número de Personas en el Hogar					
	1	2	3	4	5	6 y más
0 – 1000	30	30	30	30	30	30
1001 – 1500	35	35	35	35	30	30
1501 – 2000	45	45	40	40	35	30
2001 – 2500	50	50	45	45	35	35
2501 – 3000	55	55	50	50	45	40
3001 – 3500	60	60	55	55	50	45
3501 – 4000	65	65	60	60	55	50
4001 – 4500	70	70	65	65	60	55
4501 – 5000	75	75	75	70	65	60
5001 – 5500	80	80	80	75	70	65
5501 – 6000	85	85	85	80	75	70
6001 – 6500	90	90	90	85	80	75
6501 – 7000	95	95	95	90	85	80
7001 – 8000	100	100	100	100	100	100
8001 – 9000	125	125	125	125	125	125

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo con los términos especificados en el contrato que sigue para servicios de consejería individual y de familia. **En acuerdo con la tabla de cuotas arriba, mi cuota es \$ \_\_\_\_\_ para cada sesión.** Por favor hable con la secretaria si es que necesita un plan de pago. No soy capaz de pagar la cuota listada; La cuota que soy capaz de pagar es \$ \_\_\_\_\_ para cada sesión. Será pagada al tiempo de cada visita. \_\_\_\_\_ Iniciales.

- Si Ud. o su hijo/a recibe servicios en Tahoe Youth & Family Services, se debe pagar la cuota cuando empieza cada sesión. Si su hijo/a recibe servicios en una escuela, la agencia enviará una factura a Ud. Por favor no mande el pago con su hijo/a a la escuela.
- La agencia reserva el derecho de terminar servicios si Ud. no paga por sus sesiones. Yo comprendo que fallar a cumplir con las provisiones de mi contrato financiero puede resultar en la terminación de servicios hasta que todas las cuotas han sido pagadas en completo.
- Cancelaciones deben de ser hechas 24 horas antes de su sesión, o podemos cobrar su cuota regular. Su consejero/a puede dispensar la cuota si Ud. tiene buena causa.
- Si Ud. no viene a dos sesiones y no recibimos noticia, sus servicios serán terminados.
- Si se pide o se requiere un exámen para el uso de alcohol o drogas, se requerirá una cuota adicional de \$30.00 por cada exámen.

\_\_\_\_\_  
Firma del Familiar/Tutor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Gerente de la Oficina

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

## TABLA DE CUOTAS PARA SESIONES EN GRUPO

Verificación de ingresos de la familia es requerida en la forma de un talón reciente de cheque, una forma de impuestos, o un informe del banco. Recipientes de AFDC, SSI, desempleo, e incapacidad son elegibles para una dispensa de cuota con documentación apropiada.

Ingresos Mensuales	Número de Personas en el Hogar					
	1	2	3	4	5	6 y más
0 – 1000	5	5	4	3	2	0
1001 – 1500	7	5	5	3	2	0
1501 – 2000	9	7	6	5	4	2
2001 – 2500	11	9	8	7	6	4
2501 – 3000	13	11	10	9	8	6
3001 – 3500	15	13	12	11	10	8
3501 – 4000	17	15	14	13	12	10
4001 – 4500	19	17	16	15	14	12
4501 – 5000	21	19	18	17	16	14
5001 – 5500	23	21	20	19	18	16
5501 – 6000	25	23	22	21	20	18
6001 – 6500	27	25	24	23	22	20
6501 – 7000	29	27	26	25	24	22
7001 y más	35	35	35	35	35	35

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo con los términos especificados en el contrato que sigue para servicios de consejería individual y de familia. **En acuerdo con la tabla de cuotas arriba, mi cuota es \$ \_\_\_\_\_ para cada sesión.** Por favor hable con la secretaria si es que necesita un plan de pago. No soy capaz de pagar la cuota listada; La cuota que soy capaz de pagar es \$ \_\_\_\_\_ para cada sesión. Será pagada al tiempo de cada visita. \_\_\_\_\_ Iniciales.

- Si Ud. o su hijo/a recibe servicios en Tahoe Youth & Family Services, se debe pagar la cuota cuando empieza cada grupo. Si su hijo/a recibe servicios en una escuela, la agencia enviará una factura a Ud. Por favor no mande el pago con su hijo/a a la escuela.
- La agencia reserva el derecho de terminar servicios si Ud. no paga por sus sesiones en grupo. Yo comprendo que fallar a cumplir con las provisiones de mi contrato financiero puede resultar en la terminación de servicios hasta que todas las cuotas han sido pagadas en completo.
- Cancelaciones deben de ser hechas 24 horas antes del grupo, o podemos cobrar su cuota regular. Su consejero/a puede dispensar la cuota si Ud. tiene buena causa.
- Si Ud. no viene a dos sesiones de grupo y no recibimos noticia, sus servicios serán terminados.
- Si se pide o se requiere un exámen para el uso de alcohol o drogas, se requerirá una cuota adicional de \$30.00 por cada exámen.

\_\_\_\_\_  
Firma del Familiar/Tutor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Gerente de la Oficina

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha