



CHILD GUIDANCE CENTER

Helping kids find hope and healing

APLICACIÓN

Nombre Legal del Niño: _____

Primer

M

Apellido(s)

Numero de Identificación _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

Nombre del Padre _____ Edad _____ Ocupación _____

Nombre de la Madre _____ Edad _____ Ocupación _____

Guardianes Legales (si es diferente de los padres) _____

Dirección _____ Ciudad _____

Condado _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo (Madre) _____ (Padre) _____

Raza (*por favor marque uno*) Negro/Africano-Americano _____ Blanco/Caucáseo _____ Indio Americano _____

Asiático/Isleño Pacifico _____

Nativo de Alaska _____

Otro _____

Pertenecía Étnica (*por favor marque uno*) Mexicano _____ Puertorriqueño _____ Cubano _____

Otro Hispano _____

No de origen Hispano _____

Información Financiera

El costo es determinado por la habilidad financiera de la familia. La información siguiente nos ayudara a darle una figura justa.

Sueldo Total de la Familia _____ Numero del Miembros de la Familia en la Casa _____

Comentarios: _____

Información de Seguro (si se aplica a usted)

Nombre de la compañía _____ # de Identificación _____ # de Grupo _____

Nombre del poseedor de la poliza de seguro _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Información de Medicaid (si se aplica a usted)

Numero de Tarjeta Azul _____ # de Identificación del Niño _____

OFFICE USE ONLY (USO DE OFICINA SOLAMENTE).

Costo basado en ingresos _____ Costo Actual _____ Pago parcial de seguro _____

Costo de evaluación Conner _____ Costo de evaluación Ph.D. _____

Todas las compañías de seguros incluyendo Medicaid serán cobradas el costo complete. Los costos completos son \$175.00 por la sesión inicial, \$97.00 por sesión individual o familiar, \$31.00 por sesión de grupo, y \$48.50 por examen de Conners. Clientes que están cubiertos por su seguro serán responsables por los costos actuales en lugar de su pago parcial como es permitido por el seguro cuando la compañía de seguros niego el cobro.

Pagos serán hechos: A la hora del servicio _____ Semanal _____ Por Quincena _____ Mensual _____ N/A _____. Si los pagos no son hechos en el tiempo acordado, pagos a la hora de servicio serán requeridos.

(Si tiene Medicaid) MSE (Evaluación Psiquiatrica Completa) horario _____ con Dr. _____

Mi firma verifica que el ingreso mencionado es correcto: Padre: _____

Si existe cobertura de seguros, yo autorizo los pagos de beneficios médicos a Child Guidance Center. Si yo recibo el cheque de la compañía de seguros, yo traeré el cheque a Child Guidance Center inmediatamente. Yo entiendo que si fallo en hacer esto, yo seré responsable por la cantidad del cheque. Yo entiendo que es mi responsabilidad de notificar a Child Guidance Center de cualquier cambio en mi Medicaid o cobertura de seguro o estatus financiero.

Firma del padre o guardian

Fecha

Firma del empleado

Fecha