

Universidad Luterana de California
Servicios de Consejería Comunitaria (CCS)
COSTOS

Bienvenido a Servicios de Consejería Comunitaria en la Universidad Luterana de California (CCS). Nos complace que haya elegido recibir servicios de consejería aquí. Por favor tenga en cuenta que la terapia proporcionada en CCS se lleva a cabo por terapeutas matrimoniales y familiares asociados registrados y aprendices de maestría o doctorado. Los aprendices y terapeutas matrimoniales y familiares asociados registrados trabajan bajo la supervisión directa de profesionales de salud mental con licencia.

Por favor tenga en cuenta que se espera que usted pague una tarifa por cada sesión de consejería que reciba usted o un miembro de su familia (incluyendo la primera sesión). La tarifa de su primera sesión será de \$25.00. Debe traer documentación de ingresos **de todos los adultos que viven en el hogar** (es decir, talones de cheque más recientes, W2 o formulario de impuestos federales) a su primera sesión para que su terapeuta pueda evaluar su tarifa de sesión en curso. Las tarifas son basadas en su ingreso (después de impuestos) y la cantidad de dependientes que viven en su familia. Por favor tenga en cuenta que las sesiones de terapia grupal van desde \$5-20. Si usted no trae documentación, su precio será \$60.

Si no se presenta o cancela con menos de 24 horas de antelación, se le cobrará el precio de la sesión actual. Un total de 3 inasistencias o cancelaciones en el transcurso del tratamiento puede conducir a la terminación de los servicios en CCS.

Aunque CCS es sensible a las necesidades de los clientes, por favor ten en cuenta que tener un balance en su cuenta no es aceptable y debe ser discutido con su consejero. **Los balances de más de \$50 o la falta de pago de 2 sesiones hacen que los clientes no sean elegibles para recibir servicios hasta que paguen su balance.**

Por favor complete abajo:

Numero de adultos con ingreso (por ejemplo, salario de trabajo, beneficios de seguridad social, desempleo): _____

¿Usted recibe algunos de los siguientes?

_____ **Si** _____ **No : Desempleo**
_____ **Si** _____ **No : Manutención**
_____ **Si** _____ **No : Beneficios por incapacidad**
_____ **Si** _____ **No : Beneficios de seguro social**

Ingresos **mensuales** combinados de su hogar **antes** de impuestos: \$ _____

Cantidad de adultos y menores en su casa: _____

Número total de servicios recibidos en CCS (por ejemplo, terapia individual + terapia de pareja = 2): _____

Si usted vive con compañeros de habitación y no combina ingresos, por favor complete lo siguiente:

Ingreso mensual antes de impuestos: \$ _____

Para completar por el clínico:

Precio del cliente: \$ _____

Comentarios:

Firma del Cliente/Padre/ Guardián #1

Nombre impreso del Cliente/Padre/Guardián #1

Fecha

Firma del Cliente/Padre/ Guardián #2

Nombre impreso del Cliente/Padre/Guardián #2

Fecha

Firma del Clínico

Nombre Impreso del Clínico

Fecha