

Universidad Luterana de California  
**Servicios de Consejería Comunitaria (CCS)**  
**COSTOS DE TELESALUD**

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). Es su responsabilidad pagar antes de las sesiones para reducir la interrupción de su tratamiento. Su terapeuta le proporcionará formas para pagar la sesión (por ejemplo, portal en línea, envío de un cheque, etc.). La tarifa de su primera sesión será de \$25.00. Debe proporcionar 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 envía documentación, su precio será \$60.

**Si no se presenta o si cancela su cita con un aviso de menos de 24 horas, se cobrará un precio de \$10 o el precio de la sesión actual (lo que sea mayor).** Si no se presenta o cancelaciones 3 veces durante el curso del tratamiento puede conducir a la terminación de los servicios en CCS.

Todos los cobros serán reevaluados **un mínimo de tres (3) veces al año** en la cuarta semana de Febrero, Junio, y Octubre. Debe enviar un nuevo comprobante de ingresos (es decir, talones de cheques más recientes, W2 o formulario de impuestos federales) para cada reevaluación. Aunque CCS es sensible con las necesidades de clientes, tenga en cuenta que tener un saldo en su cuenta no es aceptable y debe discutirse con su terapeuta. **Los saldos de más de \$50 o la falta de pago por 2 sesiones hacen que los clientes no sean elegibles para recibir servicios hasta que paguen su saldo.**

**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: \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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