

Behavioral Health and Recovery Services - Financial Responsibility Form Spanish

Client # _____		Facility Program _____	
Apellido _____	Primer Nombre _____	Inicial Segundo Nombre _____	
Dirección _____		Apartamento _____	
Ciudad _____		Estado _____	Zip _____
Teléfono de Casa (____) _____	Celular _____	(____) _____	
Fecha de Nacimiento _____	Número de Seguro Social _____	Número de Licencia _____	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Otro		
Persona Responsable Financieramente Por El Cliente	<input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Representante por la Corte <input type="checkbox"/> Otro		
Si Otro, Nombre _____	Relación _____		
Dirección _____		Apartamento _____	
Ciudad _____		Estado _____	Zip _____
Teléfono de Casa (____) _____	Celular _____	(____) _____	

Ingresos netos familiares mensuales. (Incluyendo todos los ingresos)		Número de dependientes (Incl. Ud. Mismo) _____	
Ingresos Mensuales	Total de Bienes	Gastos Mensuales	
Propios _____	Cuenta de Cheques _____	Ordenado por la Corte _____	
Padres/Cónyuges _____	Ahorros _____	Cuidado de niños _____	
Otros _____	Otros _____	Manutención de dependientes _____	
		Pagos de jubilación _____	
		Gastos médicos _____	
Total de Ingresos \$ _____	Total de Bienes \$ _____	Total de Gastos \$ _____	

Información de seguro de salud (Debe ser completada si el cliente tiene seguro de salud)			
Medi-Cal/CMSP # _____		Medicare # _____	
Primer Seguro		Segundo Seguro	
Compañía de Seguro _____	Compañía de Seguro _____	Compañía de Seguro _____	Compañía de Seguro _____
# del asegurado _____	# del asegurado _____	# del asegurado _____	# del asegurado _____
Grupo # _____	Grupo # _____	Grupo # _____	Grupo # _____
Fecha de emisión _____	Fecha de emisión _____	Fecha de emisión _____	Fecha de emisión _____
Nombre del asegurado _____	Fecha de nacimiento _____	Nombre del asegurado _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección para reclamos _____		Dirección para reclamos _____	

Por medio de la presente autorizo pago directamente a Behavioral Health and Recovery Services (BHRS) Del Condado De Marin por todos los beneficios de seguro a los cuales califique como miembro. Esta autorización de pago será efectiva a partir del primer día de servicios recibidos de BHRS. También, autorizo a BHRS a proveer toda y cualquier información en los expedientes de BHRS a las respectivas compañías de seguros pertinente a satisfacer los pagos a cargos incurridos por servicios recibidos. Yo entiendo que yo soy responsable financieramente por todos los cargos incluyendo los que no han sido pagados por mi seguro de salud en los límites determinados por el Condado de Marín una vez determinada mi facultad de pago. **En caso de rehusarme a proveer mi correcta información financiera, yo seré responsable por el costo completo de los servicios proveídos.** Una fotocopia de este documento se considerará tan válida como el original.

Firma del Cliente _____ Fecha _____

Representante Autorizado _____ Relación _____

Billing Staff Only	Annual Liability \$ _____	Annual Liability Date _____
--------------------	---------------------------	-----------------------------