



## Acuerdo de Honorarios

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_

**Favor de leer este acuerdo cuidadosamente y ponga sus iniciales en cada caja indicando que está de acuerdo.**

Gracias por escoger a **JFS Of The Desert** para ayudarle con sus preocupaciones personales.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el pago se debe de hacer en la fecha de la cita y se puede realizar en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

\_\_\_\_\_ Entiendo que JFS también acepta reembolso de muchos pagadores de terceras partes, incluyendo Medicare y Medi-Cal. JFS me puede ayudar a completar los documentos necesarios de seguros para facilitar pago por los servicios. Sin embargo, entiendo que yo soy responsable por todos los cargos que no están cubiertos por mi seguro.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debo notificar a JFS cuando hay un cambio de plan de seguro o proveedores de HMO, ya que este cambio puede cambiar o interrumpir mis beneficios de salud mental. Si fallo en reportar cualquier cambio, esto puede resultar en que yo tenga que asumir la responsabilidad de pagar por servicios proveídos hasta que se apruebe una nueva autorización para tratamiento.

\_\_\_\_\_ Entiendo que JFS me puede cobrar \$ 25.00 si cancelo una cita con menos de 24 horas de anticipación, o cuando estoy ausente a la cita,

\_\_\_\_\_ Entiendo que dos (2) o más cancelaciones tardes o ausencias sin aviso en tres (3) meses puede ser causa para JFS a suspender o cancelar servicios. (Favor de leer el "Recordatorio de Póliza de JFS, Cancelación & Cancelación Tardía de Citas" en la parte de atrás de este formulario.

\_\_\_\_\_ Entiendo que si tengo un deducible que no se ha pagado, o si mi seguro reconoce que JFS es un proveedor que está fuera de la red de servicios, JFS me ofrecerá las siguientes opciones, de las cuales puedo aceptar una:

\_\_\_\_\_ a) Voy a pagar una cuota completa de \$ 110.00 hasta alcanzar el deducible.

\_\_\_\_\_ b) Voy a pagar una cantidad estipulada por mi seguro, para servicios fuera de la red.

\_\_\_\_\_ c) Voy a pagar una cuota determinada por el programa de descuento que usa JFS, basado en mis ingresos mensuales brutos (y la de los miembros de mi familia que viven en el hogar), y no usar mi seguro.

### **TODOS LOS CLIENTES DE CUOTA DEBEN TRAER PRUEBA DE INGRESOS PARA LA PRIMERA SESIÓN.**

El servicio puede ser aplazado si no provee la prueba de ingreso o pago. Es la póliza de esta agencia de llevar a cabo una revisión anual de todos los cargos. Se le pedirá una prueba actual de ingresos en ese momento. Mi ingreso mensual bruto es \_\$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ **Cliente con Seguro Médico:** He leído, entiendo, estoy de acuerdo con la póliza de JFS, y estoy de acuerdo a pagar la cantidad de la que soy responsable de acuerdo a mi seguro médico en la fecha de comienzo, incluyendo, pero no limitado, a la cuota de servicio de \$ \_\_\_\_\_ establecida en la fecha de: \_\_\_\_\_; entiendo que esta cantidad puede cambiar cuando JFS verifica mis beneficios durante cada cita o fecha de servicio.

\_\_\_\_\_ **Cliente de Cuota:** He leído, entiendo, estoy de acuerdo con la póliza de JFS, y estoy de acuerdo a pagar la cuota de: \$ \_\_\_\_\_ por la primera visita y \$ \_\_\_\_\_ por cada siguiente cita o fecha de servicio; esto basado en los ingresos reportados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Cliente (Padre/tutor legal si cliente es menor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Del Director Clínico – (Clientes de Cuota)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Jewish Family Service is a beneficiary of the Jewish Federation of Palm Springs and Desert Area,  
The United Way of the Desert and a member of the Association of Jewish Family and Children's Agency





## Recordatorio de Poliza de JFS

### Cancelacion & Cancelacion Tardia de Citas

**Nuestro proposito es proveer servicios de consejeria de calidad en una manera eficiente. Como un esfuerzo, tenemos una poliza the cancelation de citas de 24 horas, esta poliza nos ayuda a mantener y utilizar las horas de servicio disponibles eficientemente y asi poder ayudar a clientes que necesitan y buscan servicios de consejeria.**

#### **Haciendo Citas**

Le pedimos que despues de su sesion de consejeria, pase a la ventanilla de la sala de espera para hacer su proxima cita. Si no puede hacer su proxima cita inmediatamente despues de la sesion, puede llamarnos a la officina para hacer y confirmar la cita. En un esfuerzo de evitar cancelaciones, solo podemos hacer dos (2) citas en avance.

#### **Cancelando Citas**

Nosotros sabemos que a veces los horarios cambian inesperadamente, si usted necesita cancelar su cita, requerimos un minimo de aviso de 24 horas antes de la cita. Citas estan estan en demanda, su aviso temprano de cancelation nos ayuda a proveer citas a otros clientes que esperan veer a sus conjeros. Durante la noche, fines de semana o dias festivos, usted puede llamar a nuestro numero de telefono principal, (760) 325-4088, y deje un mensaje con el servicio de atencion Telefonica o envíe un correo electronico a [appointments@jfsdesert.org](mailto:appointments@jfsdesert.org)

#### **Cancelando Citas Tarde**

Cencelaciones hechas con menos de 24 horas de anticipo son consideradas tardias. Un sobrecargo de \$25 puede ser impuesto, si es aplicable. Cancelaciones excesivas pueden causar la descontinuacion de servicios.

#### **Si no Se Presenta a su Cita – Poliza de Ausencia**

El cliente se considera “ausente” si no llama a JFS para cancelar la cita y no se presenta. Ausencias son inconvenientes para todos, clientes que necesitan hacer citas personal de oficina y consejeros que trabajan diligentemente para prepararse para su cita.

El sobrecargo de \$25 podria ser aplicable; despues de dos (2) “Ausencias” en menos de tres (3) meses, los servicios de consejeria pueden ser descontinuados.

#### **Poliza de consejería**

En su primera visita a JFS, su terapeuta revisará el proceso de asesoramiento y comenzará a recopilar datos, lo que ayudará en el desarrollo de su plan de tratamiento; este plan será revisado con usted una vez completado. Entiendo que se espera que me beneficie del tratamiento, pero no hav garantía implícita o expresa de que lo haga. Por la presente doy mi consentimiento informado para recibir servicios de asesoramiento.

Entiendo que se espera que me beneficie con el tratamiento, pero no hay ninguna garantía implícita o explícita que lo haga. Por la presente doy mi consentimiento informado para recibir servicios de asesoramiento.

---

Firma Del Cliente (Padre/Tutor legal si es menor)

---

Fecha