



ACUERDO FINANCIERO Y LOS TÉRMINOS DEL CLIENTE

Por lo regular, el costo de una sesión de 50 minutos de consejería cuesta \$150.00. En Turning Point Center for Families, el costo por persona individual se determina en escala descendente basada en sus ingresos mensuales. El costo esta designado para que las personas reciban consejería económica. Si usted tiene alguna pregunta, por favor dirijase a su consejero. El costo de la primera visita inicial es \$50.00.

Arreglos De Precio Especial

El cuadro siguiente indica los rangos de ingreso familiar y el costo por hora es asociado con sus ingresos mensuales. El ingreso se refiere a todas las fuentes: Manutención de los hijos (child support), pagos de pensión alimenticia (alimony), ayuda del gobierno (AFDC), Seguro Social, incapacidad (disability), cupones de comida (food stamps), etc. Por favor localice sus ingresos mensuales e indíquelo en el espacio siguiente y marque todo que sea prueba de ingresos.

Ingreso Mensual Total	Costo por Sesión
\$ 0 - 500	\$ 20.00
\$ 501 - 1000	\$ 25.00
\$ 1001 - 1500	\$ 30.00
\$ 1501 - 2000	\$ 35.00
\$ 2001 - 2500	\$ 40.00
\$ 2501 - 3000	\$ 50.00
\$ 3001 - 3500	\$ 70.00
\$ 3501 - 4000	\$ 90.00
\$ 4001 - 4500	\$115.00
\$ 4501 - 5000	\$140.00

Prueba de Ingresos (Marque lo que corresponda y incluir copias):

- W-2
- Talon de Pago
- Cuenta de Banco
- Carta del Empleador
- Manutención de los Hijos
- Pension Alimenticia
- Ayuda del Gobierno (AFDC)
- Seguro Social
- Incapacidad
- Cupones de Comida
- Other: _____

El COSTO TOTAL POR SESIÓN: \$ _____

***(NOTA: El costo mínimo es \$20.00 por sesión)**

Yo entiendo que el pago es debido al tiempo de recibir el servicio. Le proveeremos un recibo si usted lo requiere.

También entiendo que CANCELACIONES DEBEN SER 24 HORAS CON ATICIPACION O EL COSTO DE LA SESION SERA APLICADA A SU CUENTA por que la hora de su cita esta reservada solamente para usted, el cliente. Las citas del Lunes deben ser canceladas el Viernes anterior lo más tardar a las 12:00 del día.

EL COSTO ORIGINAL esta sujeto a cambios periódicos.

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____

Si alguien más es responsable por el pago del cliente, por favor llenar lo siguiente: (*Wraparound, Trabajadora Social, Jefe etc.*)

Agencia: _____

Contacto: _____

Domicilio: _____

Teléfono #: _____

Fax #: _____

Yo autorizo la divulgación de información a esta agencia/persona para cobro de pagos.

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____

