

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.

Tenga en cuenta que se espera que pague un cobro por cada sesión de consejería que reciba usted o un miembro de su familia (incluida la primera sesión). El cobro de su primera sesión será de \$ 20.00. 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 cobro de sesión en curso. Los cobros son basados en su ingreso (después de impuestos) y la cantidad de dependientes que viven en su familia. Por favor tenga en cuenta que todas las sesiones de terapia de grupo cuestan \$10.

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 cobro de la sesión actual (la 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 cuatro (4) veces al año en la cuarta semana de Febrero, Mayo, Agosto y Noviembre. Debe presentar un comprobante de ingreso nuevo (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. Balances de más de \$60 o la falta de pago por 2 sesiones hacen que los clientes no sean elegibles para recibir servicios hasta que paguen su balance.

Por favor circule donde usted cae en el horario de cuota. Por favor, hable con su terapeuta sobre cualquier preocupación que tenga sobre los honorarios.

INGRESO FAMILIAR DESPUÉS DE IMPUESTOS (Todos los adultos)		# DE DEPENDIENTES VIVIENDO EN SU HOGAR		
<u>\$ Semanal</u>	<u>\$ Mensual</u>	1-2	3-5	5+
0-350	0-1,400	20	20	20
351-550	1,401-2,200	20	20	20
551-750	2,201-3,000	25	22	20
751-950	3,001-3,800	30	27	25
951-1,150	3,801-4,600	35	32	30
1,151-1,350	4,601-5,400	40	37	35
1,351-1,550	5,401-6,200	45	42	40
1,551-1,750	6,201-7,000	50	47	45
1,751 +	7001 +	50	50	50

Firma del Cliente/Padre/ Guardián #2

Nombre impreso del Cliente/Padre/Guardián #1

Fecha

Firma del Cliente/Padre/ Guardián #2

Nombre impreso del Cliente/Padre/Guardián #2

Fecha