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 con nosotros. Por favor tenga en cuenta que la terapia proporcionada en CCS se lleva a cabo por aprendices de maestría o doctorado, y terapeutas matrimoniales y familiares asociados registrados. 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 deberá pagar 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 de como pagar la sesión (p. ej., portal en línea, envío de un cheque, etcétera). El costo de su primera sesión será de \$25.00. Debe proporcionar documentación de ingresos de **todos los adultos que viven en el hogar** (es decir, los talones de pago más recientes, W2, o formulario de impuestos federales) a su primera sesión para que su terapeuta pueda evaluar la tarifa de su sesión en curso. Las tarifas son basadas en sus ingresos (antes de impuestos) y la cantidad de personas que viven en su hogar. Tenga en cuenta que las sesiones de terapia grupal oscilan entre \$ 5 y \$ 20. Si no envía la documentación, su tarifa se fijará en \$75.

Si no se presenta o si cancela su cita con un aviso de menos de 24 horas, se cobrará el precio de la sesión actual. Un total de tres faltas de asistencia/cancelaciones en el transcurso del tratamiento puede llevar a la terminación de los servicios en CCS.

Aunque CCS es sensible a las necesidades de los clientes, por favor tenga en cuenta que tener un balance en su cuenta no es aceptable y debe ser discutido con su consejero. **La falta de pago de 2 sesiones hace que los clientes no sean elegibles para recibir servicios hasta que paguen su balance. Para evitar la interrupción de los servicios, el pago de dichos saldos deberá realizarse 24 horas antes de la próxima cita programada. De lo contrario, se cancelará la cita.**

Por favor complete abajo:

1. Numero de adultos con ingresos (por ejemplo, salario de trabajo, beneficios de seguridad social, desempleo): _____
2. ¿Usted recibe algunos de los siguientes?
_____ Si _____ No : Desempleo
_____ Si _____ No : Manutención
_____ Si _____ No : Beneficios por incapacidad
_____ Si _____ No : Beneficios de seguro social
3. Ingresos **mensuales** combinados en su hogar **antes** de impuestos: \$ _____
4. Cantidad de adultos y menores en su casa: _____

De lo contrario

1. Si usted vive con compañeros de habitación y no combina ingresos, por favor complete lo siguiente:
Ingreso mensual antes de impuestos: \$ _____

Para completar por el clínico:

Costo de la terapia: \$ _____

Comentarios:

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