

Solicitud de Asistencia al Cliente de Centerstone - Illinois

Nombre del cliente: _____ Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ciudad, Estado, Zip: _____

Nº ID cliente: _____ Nº SS: _____ Teléfono _____ Género: M F Raza: _____

Ingresos familiares: _____ Tamaño de la familia: _____

Debes proporcionar uno de los siguientes datos: (adjuntar a este formulario)

Prueba de los talones de pago más recientes _____ Proporcionar copia de declaración federal de renta reciente

_____ Certificar que se está desempleado _____

Tamaño de la familia	100% FPL	101% - 150% FPL	151% - 200% FPL	201% - 300% FPL
1	12,880	12881 - 19320	19321 - 25760	25761 - 38640
2	17420	17421 - 26130	26131 - 34840	34841 - 52260
3	21960	21961 - 32940	32941 - 43920	43921 - 65880
4	26500	26501 - 39750	39751 - 53000	53001 - 79500
5	31040	31041 - 46560	46561 - 62080	62081 - 93120
6	35580	35581 - 47321	47322 - 71160	76161 - 106740
7	40120	40121 - 60180	60181 - 80240	80241 - 120360
8	44660	44661 - 66990	66991 - 89320	89321 - 133980

- () Sí () No ¿Es usted residente de Illinois?
 () Sí () No ¿Es usted ciudadano estadounidense o extranjero calificado?
 () Sí () No ¿Tiene seguro de salud conductual privado, beneficios VA, IL Medicaid/atención administrada de IL Medicaid?
 () Sí () No ¿Tiene actualmente la Parte B de Medicare?

Servicio	Igual o inferior a 100% FPL	101 - 150% FPL 90% de descuento	151 - 200% FPL 85% de descuento	201% - 300% 50% de descuento
Admisión	\$15	\$25	\$37	\$122
Individual	\$10	\$24	\$36	\$120
Grupo	\$5	\$6	\$9	\$30
Evaluación psicológica	\$20	\$28	\$41	\$137
Control médico	\$10	\$13	\$19	\$64

Quiero solicitar el Programa de Asistencia al Cliente de Centerstone. Entiendo que este programa está limitado de una (1) a cinco (5) sesiones y que la aceptación en este programa no es una garantía de servicios. Este descuento puede extenderse mensualmente si mi tratamiento es médicamente necesario y proporciono la verificación de Centerstone de mis ingresos y el tamaño de mi familia. Entiendo que no presentarme a una cita sin avisar con 24 horas de antelación puede suponer mi expulsión del Programa de Asistencia al Cliente.

Firma del solicitante/garante

Fecha

Aprobación (administrador clínico *in situ* o superior)

Fecha

Envíe el formulario cumplimentado al equipo de la Oficina Central de Facturación - West Frankfort.
El equipo de inscripción escanea la tabla y archiva la copia en papel en la carpeta de ajuste deslizante.