Evaluación de Pago Colateral Sin Título XIX/XXI
FORMA PM 3.4.1

Instrucciones: Llene esta forma para todas las personas Sin Título XIX/XXI. Entregue una copia a la persona, padre o tutor

Nombre:

I. Tamaño de la Familia de la Persona e Ingresos

A. Tamaño de la familia de la persona (La familia consiste de: Solicitante; padre(s) de un hijo menor de edad; cónyuge; hijo natural, hijo adoptivo e hijastro menor de 18 años de edad o 19 si es estudiante de tiempo completo)

B. Ingresos mensual bruto de la familia (incluye los ingresos brutos de la familia; como se define la familia en A.):

C. Cobertura responsabilidad de terceros: ☐ Sí ☐ No

II. Tabla de Cálculo de Pago Colateral

Circule: 1) tamaño de la familia, 2) ingreso mensual bruto de la familia, 3) el pago colateral.

Tamaño de la familia por ingreso mensual bruto de la familia									**Pago colateral con base en el tipo de servicio proporcionado***		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	**S/R**	**T/M/D**	**R/I**
<$957	<$1,283	<$1,609	<$1,935	<$2,261	<$2,587	<$2,913	<$3,239	<$3,565	$0.	$0.	$0.
$957-$1,339	$1,283-$1,795	$1,609-$2,252	$1,935-$2,708	$2,261-$3,164	$2,587-$3,621	$2,913-$4,077	$3,239-$4,534	$3,565-$4,990	$1.	$2.	$15.
$1,340-$1,530	$1,796-$2,052	$2,253-$2,573	$2,709-$3,095	$3,165-$3,617	$3,622-$4,138	$4,078-$4,660	$4,535-$5,181	$4,991-$5,703	$3.	$6.	$30
$1,531-$1,722	$2,053-$2,308	$2,574-$2,895	$3,096-$3,482	$3,618-$4,069	$4,139-$4,656	$4,661-$5,242	$5,182-$5,829	$5,704-$6,416	$4.	$8	$45.
$1,723-$1,913	$2,309-$2,565	$2,896-$3,217	$3,483-$3,869	$4,070-$4,521	$4,657-$5,173	$5,243-$5,825	$5,830-$6,477	$6,417-$7,129	$6.	$10.	$60.
$1,914-$2,104	$2,566-$2,822	$3,218-$3,539	$3,870-$4,256	$4,522-$4,973	$5,174-$5,690	$5,826-$6,408	$6,478-$7,125	$7,130-$7,842	$8.	$12.	$75.
$2,105-$2,296	$2,823-$3,078	$3,540-$3,861	$4,257-$4,643	$4,974-$5,425	$5,691-$6,208	$6,409-$6,990	$7,126-$7,773	$7,843-$8,555	$10.	$20.	$90.
>$2,297	>$3,079	>$3,862	>$4,644	>$5,426	>$6,209	>$6,991	>$7,774	>$8,556	Total	Total	Total

* S/R Son Servicios de Apoyo y Rehabilitación, T/M/D es Programa de Servicios de Tratamiento Médicos y Diurnos, R/I es Servicios Residenciales y de Pacientes Internos. De acuerdo con la Sección 3.4 (Pago Colateral) del Manual para los Miembros, pago colateral para Servicios de Salud Mental Que No Se Especifiquen (NOS) (Pensión Completa) se pueden establecer independientemente de la Tabla de Cálculo de Pago Colateral.

III. Evaluación de Pago colateral para las personas Sin Título XIX/XXI

Con base en el tamaño de la familia, el ingreso mensual bruto de la familia y la cobertura de terceros en la Parte I, use la Tabla de Cálculo del Pago colateral en la Parte II para determinar si la persona tiene que hacer un pago colateral por los servicios de salud mental que se le presten. Indique abajo:

☐ La persona no necesita hacer un pago colateral.

☐ La persona está obligada a hacer un pago colateral de $ por servicios S/R, $ por servicios T/M/D y $ por servicios R/I.

☐ La persona tiene cobertura de terceros y está obligada a hacer un pago de hasta $ por servicios S/R, $ por servicios T/M/D y $ por servicios R/I, que no exceda la parte del costo del servicio que no se le reembolsa.

☐ El pago colateral creará un excesivo problema para la persona o su familia, por lo tanto se recomienda lo siguiente (Ej., reducir o eliminar):

_____ Título Fecha / /

Firma del Personal

IV. Acuerdo para hacer un pago colateral

Yo certifico que la información proporcionada en este documento es correcta y verdadera hasta donde yo sé. Si se ha decidido que tengo que hacer un pago colateral por los servicios de salud mental recibidos, mi firma que aparece abajo indica que 1) Se me ha explicado el pago colateral y el método para calcularlo y 2) Estoy de acuerdo en hacer el pago colateral cada vez que se pe presten los servicios a menos que se hayan hecho otros arreglos con el proveedor.

_____

Firma de la Persona/Padre/Tutor Fecha

Última Revisión: 4/14/2005
Fecha de Efectivo: 5/15/2005