



PBRC Sponsorship Program Application
PBRC Programa de Patrocinio

Fecha de hoy:	
---------------	--

Section 1. Informacion Personal

Nombre de el paciente:			
Fecha de nacimiento:		Edad:	
Nombre de los padres or guardianes:			
Direccion:			
Número de telefono:			
Número de personas en su familia:			
Ha aplicado para Medicaid:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Si no, por favor explique:			

Section 2. Information personal:

Ingresos

Ingresos mensuales:	
Otros ingresos:	

Gastos

Pago mensual de casa o renta:	
Pago mensual de su vehiculo:	
Otros gastos generales:	

Prueba de ingreso

Ha su ingreso cambiado drasticamente en este ultimo año? Si_____ o No _____
Explique _____

Esta usted actualmente recibiendo terapia en PBRC? Si No

Que tipo de terapia esta recibiendo? PT ST OT - Frecuencia? _____

Que tipo de patronicio esta buscando?

Reducir el precio de la terapia por terapia
Solo puedo pagar: \$ _____ por semana
 por mes

Cuentame tu historia

Para uso interno

Responsabilidad del paciente

Entiendo que soy responsable de pagar _____ % del saldo total restante, y que mi pago de \$ _____ cada visita se deducirá de mi cuenta. (Esto no incluye ningún co-pago que es requerido por su compañía de seguros)

Además, una vez dado de alta de los servicios de terapia, voy a efectuar los pagos en el saldo restante en la cantidad de \$ _____ por mes, y sera recibido el día 10 del cada mes hasta que el saldo se pague en su totalidad .

¿Si dejo de hacer un pago programado, esto podría dar lugar a que la terapia se detenga. Mi firma representa mi aceptación de este acuerdo y da reconocimiento que he recibido una copia de este acuerdo financiero .

Asistencia a la Terapia

La asistencia del paciente a las terapias es muy importante continuar con la terapia. Previo aviso se debe dar al cancelar una cita. En el caso de que no se avise propiamente el paciente recibirá una advertencia por escrito. Después de 3 advertencias de no asistir a las terapias, el paciente será despedido del programa de SP y de la terapia. Para re-entrar a la terapia se requerirá otra referencia médica por parte del médico

Firma de el paciente _____ Fecha _____

PBRC firma de empleado _____ Fecha _____