

Co-Pay:  Co-Ins:  MMF:  OOP Met:  
 Deductible:  Deductible Met:  OOP:  OOP Met:

FINANCIAL ASSESSMENT

CLIENT NUMBER: \_\_\_\_\_

INSTRUCTIONS

- Fill out form completely, unsigned and incomplete forms will not be accepted and a new form must be filled out
- Documents needed must be submitted within 30 days of the service date. Failure to provide requested documents could result in a bill for services at integral care.

PATIENT INFORMATION

Full Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ City/State: \_\_\_\_\_ Zipcode: \_\_\_\_\_  
 Home Phone #: \_\_\_\_\_ Cell Phone #: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

GUARDIAN INFORMATION

Full Name: \_\_\_\_\_ Cell Phone #: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ City/State: \_\_\_\_\_ Zipcode: \_\_\_\_\_

PRIMARY MEDICAL INSURANCE INFORMATION

MEDICARE  MEDICAID  PRIVATE/COMMERCIAL  NONE/SELF PAY  
 Insurance Name: \_\_\_\_\_  
 Insurance Co. Phone #: \_\_\_\_\_  
 Member ID #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_  
 Name of Policy Holder: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Relationship to Insured:  SELF  SPOUSE  CHILD

SECONDARY MEDICAL INSURANCE INFORMATION

MEDICARE  MEDICAID  PRIVATE/COMMERCIAL  NONE/SELF PAY  
 Insurance Name: \_\_\_\_\_  
 Insurance Co. Phone #: \_\_\_\_\_  
 Member ID #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_  
 Name of Policy Holder: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_  
 Relationship to Insured:  SELF  SPOUSE  CHILD

HOUSEHOLD SIZE:  1  2  3  4  5  6  7  8  OTHER:

RESIDENCE TYPE:  OWN  RENT  HOMELESS  OTHER:

GROSS MONTHLY INCOME (CHECK ALL THAT APPLY & WRITE AMOUNT – INCLUDE SPOUSES INCOME)

Wages, Salary, Tips: \_\_\_\_\_  Self-Employment: \_\_\_\_\_  Unemployment: \_\_\_\_\_  Social Security: \_\_\_\_\_  
 SSDI (DISABILITY): \_\_\_\_\_  SSI (SUPPLEMENTAL): \_\_\_\_\_  Other Income: \_\_\_\_\_  No Income \_\_\_\_\_

IF YOU SELECTED NO INCOME – READ AND SIGN THE STATEMENT BELOW

- I am signing this notice stating there is no income for my household, and I will report any changes of income within 10 days of any change.

\_\_\_\_\_  
 Individual/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

MONTHLY EXPENSES (CHECK ALL THAT APPLY & WRITE AMOUNT– INCLUDE SPOUSES INCOME)

Extraordinary: \_\_\_\_\_  Medical/Health: \_\_\_\_\_  Casualty Loss: \_\_\_\_\_  Child Care: \_\_\_\_\_

FINANCIAL AGREEMENT

- I understand that I am personally financially responsible for all charges for services rendered to the above-named Client. That charges for services, including insurance co-payments and deductibles are payable at the time of service.
- I agree to provide the financial documentation required to determine my eligibility for any financial assistance programs administered by Integral Care.
- I understand that refusing to provide requested financial documentation will result in being charged 100% of Integral Care’s standard charge for services.
- I request that Integral Care file charges directly to my health insurance plan(s).
- I assign any insurance reimbursement for services, treatments, therapies, and/or medications rendered or provided by Integral Care or its contracted providers directly to Integral Care.
- I understand that I am personally financially responsible for the full payment of any coinsurance, copayment, or deductibles required by the terms of my health insurance plan(s) regardless of my participation in any financial assistance programs administered by Integral Care
- I understand that securing benefits information and authorization for care from my health insurance plan will require Integral Care to provide confidential patient information including diagnosis, service dates, and type of services rendered to the plan.
- I also understand that Integral Care may be required to share confidential patient information with my health insurance plan for utilization review, quality assurance and other claim review purposes.
- This agreement applies to all present and future eligibility for health insurance benefits. This consent may be revoked at any time, but revocation will not affect any past action previously taken necessary for the processing and review of health claims made by or on behalf of the named patient.
- This agreement will expire, unless revoked sooner, when all claims for services have been fully processed by the health insurance plan and all reviews for the dates of services are completed.
- I have received a copy of the applicable fee schedule for my services.
- I have been informed that I may voluntarily pay more than my assessed monthly fee for services if I chose to do so.
- The information on this financial statement is true and accurate to the best of my knowledge. I will inform Integral Care of any subsequent changes in income or household size.

\_\_\_\_\_  
 Individual/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Staff Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

REQUIRED DOCUMENTS FOR FINANCIAL ASSESSMENT (IF REQUESTED)

- **Proof of Household Income:** Bank Statement, Pay Stubs, Social Security Award Letter or Tax Statements.
- **Proof of Travis County Residence:** Current Texas ID/DL, Utility Bill, Lease, Pay Stubs or Phone Bill.
- **Picture ID:** State issued ID/DL, Passport, Military ID, Permanent Resident Card or Visa.
- **Insurance Cards:** Medicare, Medicaid, Commercial, ACA or MAP Cards.
- **Proof of Expenses:** Medical, health or child care expenses for the past or projected 12 months.
- **Social Security Card**

**EVALUACIÓN FINANCIERA**

NUMERO DE CLIENTE: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

- Complete el formulario por completo, no se aceptarán formularios sin firmar e incompletos y se debe completar un nuevo formulario
- Se debe incluir prueba y documentación para todos los seguros, ingresos, domicilios y gastos.

**INFORMACIÓN DE PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 N.º de Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ N.º de Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO**
 MEDICARE  MEDICAID  PRIVADO  NINGUNO/AUTO-PAGO

Nombre del seguro : \_\_\_\_\_  
 N.º de poliza: \_\_\_\_\_ N.º de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_  
 Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO**
 MEDICARE  MEDICAID  PRIVADO  NINGUNO/AUTO-PAGO

Nombre del seguro : \_\_\_\_\_  
 N.º de miembro: \_\_\_\_\_ N.º de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_  
 Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

**TAMAÑO DEL HOGAR:**  1  2  3  4  5  6  7  8

**TIPO DE RESIDENCIA:**  PROPIO  SIN HOGAR  OTRO:

**INGRESO MENSUAL BRUTO (VERIFIQUE TODO LO QUE CORRESPONDA Y ESCRIBA EL MONTO, INCLUYA LOS INGRESOS DE LOS CÓNYUGES)**

Salarios o Propinas: \_\_\_\_\_  Trabajo por cuenta propia: \_\_\_\_\_  Desempleo: \_\_\_\_\_  Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 SSDI (DISCAPACIDAD): \_\_\_\_\_  SSI (SUPLEMENTARIO): \_\_\_\_\_  Otros Ingresos: \_\_\_\_\_  Sin Ingresos \_\_\_\_\_

**SI SELECCIONÓ SIN INGRESOS, LEA Y FIRME LA DECLARACIÓN A CONTINUACIÓN**

- Estoy firmando este aviso indicando que no hay ingresos para mi hogar, e informaré cualquier cambio de ingresos dentro de los 10 días posteriores a cualquier cambio.

 \_\_\_\_\_  
 Firma individual/tutora

 \_\_\_\_\_  
 Fecha

**GASTOS MENSUALES (VERIFIQUE TODO LO QUE SE APLICA Y ESCRIBA EL MONTO, INCLUYA LOS INGRESOS DE LOS CÓNYUGES)**

Extraordinario: \_\_\_\_\_  Médico/Salud: \_\_\_\_\_  Pérdida de víctimas: \_\_\_\_\_  Cuidado de niños: \_\_\_\_\_

**ACUERDO FINANCIERO**

- Entiendo que soy personalmente financieramente responsable de todos los cargos por los servicios prestados al Cliente mencionado anteriormente. Que los cargos por servicios, incluidos los copagos y deducibles del seguro, se pagan en el momento del servicio.
- Acepto proporcionar la documentación financiera requerida para determinar mi elegibilidad para cualquier programa de asistencia financiera administrado por Integral Care.
- Entiendo que negarse a proporcionar la documentación financiera solicitada resultará en que se le cobre el 100% del cargo estándar de Integral Care por los servicios.
- Solicito que Integral Care presente cargos directamente a mi(s) plan(es) de seguro de salud.
- Asigno cualquier reembolso del seguro por servicios, tratamientos, terapias y / o medicamentos prestados o proporcionados por Integral Care o sus proveedores contratados directamente a Integral Care.
- Entiendo que soy personalmente financieramente responsable del pago completo de cualquier coseguro, copago o deducible requerido por los términos de mi(s) plan(es) de seguro de salud, independientemente de mi participación en cualquier programa de asistencia financiera administrado por Integral Care.
- Entiendo que obtener información de beneficios y autorización para la atención de mi plan de seguro de salud requerirá que Integral Care proporcione información confidencial del paciente, incluido el diagnóstico, las fechas de servicio y el tipo de servicios prestados al plan.
- También entiendo que es posible que se requiera que Integral Care comparta información confidencial del paciente con mi plan de seguro de salud para la revisión de la utilización, la garantía de calidad y otros fines de revisión de reclamos.
- Este acuerdo se aplica a todos los requisitos presentes y futuros para los beneficios del seguro de salud. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, pero la revocación no afectará ninguna acción pasada previamente tomada necesaria para el procesamiento y revisión de las declaraciones de propiedades saludables hechas por o en nombre del paciente nombrado.
- Este acuerdo expirará, a menos que se revoque antes, cuando todos los reclamos por servicios hayan sido procesados completamente por el plan de seguro de salud y se completen todas las revisiones para las fechas de los servicios.
- He recibido una copia de la tabla de tarifas aplicable para mis servicios.
- Se me ha informado que puedo pagar voluntariamente más de mi cuota mensual evaluada por los servicios si así lo decido.
- La información en este estado financiero es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Informaré a Atención Integral de cualquier cambio posterior en los ingresos o el tamaño del hogar.

 \_\_\_\_\_  
 Firma individual/tutora

 \_\_\_\_\_  
 Fecha

 \_\_\_\_\_  
 Firma del personal

 \_\_\_\_\_  
 Fecha

**DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA EVALUACIÓN FINANCIERA (SI SE SOLICITA)**

- **Comprobante de Ingresos del Hogar:** Extracto Bancario, Talones de Pago, Carta de Adjudicación del Seguro Social o Declaraciones de Impuestos.
- **Comprobante de residencia en el condado de Travis:** ID/DL actual de Texas, factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento, talones de pago o factura de teléfono.
- **Identificación con fotografía:** Identificación/DL emitida por el estado, Pasaporte, Identificación militar, Tarjeta de residente permanente o Visa.
- **Tarjetas de Seguros:** Tarjetas Medicare, Medicaid, Comercial, ACA o MAP.
- **Comprobante de gastos:** Gastos médicos, de salud o de cuidado de niños de los últimos 12 meses o proyectados.
- **Tarjeta de Seguro Social**