



- 1) Descargue el formulario en su escritorio de la computadora.
- 2) Abra el formulario con Adobe Reader, disponible en <https://acrobat.adobe.com/us/es/acrobat/pdf-reader.html>.
- 3) Guarde el formulario después de completar la información.
- 4) Devuelva el formulario a través de OnPatient.

ACUERDO PARA PAGO DE SERVICIOS

Asignación de Beneficios/Liberación de Información: En caso de que tenga derecho a beneficios del seguro, Medicare u otro tipo de recuperación, por la presente asigno los beneficios de mi póliza de seguro, Medicare u otra recuperación a la Universidad de Virginia, para pagar la atención proporcionada en el Centro Sheila C. Johnson. Si corresponde, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta.

Autorizo al Centro de Servicios Humanos Sheila C. Johnson a proporcionar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y/o a mi compañía de seguros de salud toda la información necesaria para considerar el pago de mi reclamo por los servicios prestados o según lo soliciten.

Nota: Las compañías de seguros NO brindan cobertura o pago para los siguientes servicios: Evaluación educativa, Evaluación educativa diagnóstica, Evaluación de literacidad diagnóstica, Observación/evaluaciones de educación especial, Servicios de lectura y tutoría, y Asesoramiento o consulta vocacional. Estos servicios son responsabilidad financiera del cliente.

Declaración financiera: En consideración de los servicios prestados o por prestarse, garantizo el pago al Centro Sheila C. Johnson de la Universidad de Virginia de todos los saldos pendientes incurridos o por incurrir, incluidos aquellos pagados por cualquier fuente de terceros. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros. Si el pago no se realiza en la fecha de vencimiento, acepto pagar todos los costos y gastos razonables relacionados con la cobranza de cualquier saldo pendiente, incluidos, entre otros, honorarios razonables de abogados.

"POR FAVOR, COMPLETE LAS SIGUIENTES SECCIONES:

Nombre del Cliente (por favor, escriba en letra de imprenta): _____

Nombre de la Persona que se Compromete a Pagar (por favor, escriba en letra de imprenta): ____

"Número de Seguro Social (SSN) de la Persona que se Compromete a Pagar: _____

Relación con el Cliente: _____

Firma de la Persona que se Compromete a Pagar:": _____

Fecha: _____

Marque la casilla para firmar. Si no tiene acceso a una firma digital, marque la casilla como indicación de que ha leído y comprendido este documento.

Información de Envío por Correo

Mis estados de cuenta mensuales deben enviarse por correo a la siguiente dirección

Para proteger su privacidad, el Centro solo se dirigirá y enviará facturas a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente. Sin embargo, por su conveniencia, se aceptarán pagos de otros miembros de la familia o personas que presenten el pago en su nombre.

(OPCIONAL): Por favor, liste las personas, si las hay, a las que no autoriza para realizar pagos.
