



Ayuda Financieras o Tarifa Reducida

Para evaluaciones de salud mental para inmigración

Gracias por su interés en una tarifa reducida para los servicios de evaluación de inmigración. Nuestro despacho ofrece un número limitado de citas con tarifa reducida debido a dificultades económicas. Completar este formulario **no garantiza la aprobación**. Toda la información se mantendrá confidencial.

Por favor, complete el formulario y adjunte pruebas financieras de dificultades económicas (declaración de impuestos más reciente, 2 o 4 recibos de nómina recientes, estado de cuenta bancario, etc.).

Información Demográfica

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Tipo de evaluación migratoria solicitada:

Exención por dificultades económicas

VAWA

Visa-U

Visa-T

Cancelación de la remoción

Otro: _____

Información del Hogar

Número de personas que viven en su hogar (incluyéndose a usted): _____

Número de personas a su cargo a las que mantiene económicamente: _____

Estado civil:

Individual

Casado

Asociado

Separado/Divorciado

Empleo e ingresos

Situación laboral actual:

Tiempo completa

Tiempo parcial

Trabajador autónomo

Desempleado

No puedo trabajar

Estudiante

Nombre del empleador (si corresponde): _____

Ingresos mensuales del hogar (antes de impuestos):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0 – \$1,000 | <input type="checkbox"/> \$3,001 – \$4,000 |
| <input type="checkbox"/> \$1,001 – \$2,000 | <input type="checkbox"/> \$4,001+ |
| <input type="checkbox"/> \$2,001 – \$3,000 | |

Otras fuentes de ingresos (si corresponde):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apoyo familiar | <input type="checkbox"/> Empleo en efectivo |
| <input type="checkbox"/> Ayuda gubernamental | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Gastos mensuales (aproximados)

Alquiler / Hipoteca: \$ _____
Servicios públicos: \$ _____
Comida: \$ _____
Transporte: \$ _____
Gastos médicos: \$ _____
Otros gastos importantes: \$ _____

Explicación de las dificultades financieras

Por favor, explique brevemente su situación financiera actual y por qué solicita una reducción en la tarifa.

Acuerdo

Certifico que la información proporcionada es veraz a mi leal saber y entender. Entiendo que al enviar esta solicitud **no garantiza la aprobación de una tarifa reducida** y que las decisiones se toman a discreción del consultorio.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____



Política de Ayuda Financiera / Tarifa Reducida

Nuestro centro está comprometido con facilitar el acceso a evaluaciones de salud mental para inmigrantes que atraviesan dificultades económicas. Un número limitado de citas con tarifa reducida estará disponible cada mes a través de nuestro programa de asistencia económica o de tarifas ajustadas según los ingresos.

Los clientes que soliciten una tarifa reducida deben completar un formulario. **Solicitud por dificultades económicas / escala variable** antes de programar o confirmar su cita de evaluación. La aprobación se basa en la necesidad económica, la disponibilidad de citas y el criterio del evaluador.

Tenga en cuenta las siguientes políticas relativas a los servicios con tarifa reducida:

Disponibilidad limitada

Las citas con tarifa reducida son limitadas cada mes. Si se agotan todas las plazas con tarifa reducida, los solicitantes podrán ser incluidos en una lista de espera o se les ofrecerá la tarifa estándar.

Revisión de la solicitud

La presentación de una solicitud por dificultades **no garantiza la aprobación**. Cada solicitud se revisa individualmente en función de los ingresos declarados, el tamaño del hogar y las obligaciones financieras.

Requisito de depósito

Es posible que se requiera un depósito no reembolsable para asegurar una cita de evaluación, incluso cuando se aplique una tarifa reducida.

Responsabilidad de pago

El importe total aprobado deberá abonarse antes de la entrega del informe de evaluación final por escrito, salvo que se acuerde lo contrario por escrito.

Alcance del servicio

Las tarifas reducidas sino modificar la calidad, la exhaustividad o el alcance de la evaluación. Todos los clientes reciben los mismos servicios profesionales, independientemente del nivel de pago.

Documentación

En algunos casos, se les puede solicitar a los clientes que presenten documentación que acredite sus ingresos o dificultades económicas. Esta documentación puede incluir recibos de nómina, declaraciones de impuestos o comprobante de desempleo; sin embargo, no siempre es necesaria.

Derecho a rechazar o modificar

La clínica se reserva el derecho de rechazar o modificar las solicitudes de tarifas variables en cualquier momento, en función de la disponibilidad o de la información incompleta.

Al firmar este consentimiento informado, el cliente reconoce comprender la política de dificultades económicas y de escala variable.

Nombre del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del cliente: _____