

Solicitud de Pagador de Último Recurso ESU 2 para Servicios de Salud Mental

Completado por el proveedor y los Padres/Tutores

¿Está el niño/a en alguno de estos programas?

- ☐ DHHS/ Custodia del Estado/ Custodia de Crianza Temporal
- ☐ Libertad Condicional
- ☐ Trabajador Social
- ☐ Desvió (preventiva o reactivo)

¿Tiene este niño/a cobertura de seguro médico de algún tipo?

- ☐ No
- ☐ Si Por favor indique su(s) proveedor(es) _____
- ☐ El niño/a es receptor de Medicaid

Barreras

- ☐ La cobertura de mi seguro tiene un deducible a un nivel que no puedo pagar.
 - ☐ Cantidad del Deducible: _____
- ☐ La cobertura de mi seguro tiene un copago que no puedo cubrir.
 - ☐ Cantidad del Copago: _____
- ☐ La cobertura de mi seguro no cubre servicios de salud mental

Sesiones Limitadas

- 16-20 sesiones máximos
- 4-6 meses promedio

Investigación sobre Otras Fuentes de Financiación

Regiones de Salud Conductual 4, 5, 6

Programa de Socios Profesionales

Beca del Condado de Saunders (programa en el hogar)

Otro: _____ (participación judicial, etc.)

Financiamiento Solo para Terapia

No incluye

- Evaluación de Amenazas
- Evaluación de Abuso de Sustancias