

**Calculadora de Aplicación a Escala de Costos/Ingresos**  
**Información General:**



- 1) FECHA
- 2) NOMBRE
- 3) FECHA DE NACIMIENTO
- 4) # ID MY AVATAR
- 5) ESTADO MARITAL
- 6) DEPENDIENTES
- 7) # DE PERSONAS EN NUCLEO FAMILIAR


**Verificación de Información:**

- Últimas 2 colillas de pago, última devolución de impuestos (taxes) disponible
- Carta firmada por el empleador reportando remuneración semanal ó mensual
- Carta más reciente de beneficios UE, seguro social, u otra

	PACIENTE/ GUARDIAN	ESPOSO (A)/ GUARDIAN	OTRO (SSI del niño trabajo adicional, etc)
<b>Colilla de pago #1</b>	_____	_____	_____
Incluir pago regular "BRUTO", sobre tiempo, pago de vacaciones, festivos, propinas, incentivos, bonos.			
<b>Colilla de pago #2</b>	_____	_____	_____
<b>Devolución de Impuestos/UE o carta de SS</b>	_____	_____	_____
Promedio	\$ _____ -	\$ _____ -	\$ _____ -

**CICLO DE PAGO**

Anotar 52 para pago semanal; 26 cada 2 semanas; 24 por 2 veces al mes; 17 por pago cada 3 semanas; 12 por mensual; 1 por ar

Ingreso Anual:	\$ _____ -	\$ _____ -	\$ _____ -
----------------	------------	------------	------------

**INGRESO TOTAL FAMILIAR:** \$ \_\_\_\_\_ -

**Determinación Escala de Costos:**

		Servicios de Salud Mental								
Categoría de Escala	Médica & Dental	General	Terapia Grupal	Evaluación Psiquiátrica	4 semanas Prog.* Adultos EIP	Intensivo* Interv. ** Temprana	Resid. SUD Juvenil*	Resid. SUD Adulto*	Parcial SUD Hosp.*	SUD Ambulatorio Intensivo*
Escala A	\$20	\$30	\$10	\$60	\$40	\$10	\$48	\$40	\$33	\$26
Escala B	\$30	\$40	\$20	\$80	\$64	\$16	\$77	\$64	\$53	\$37
Escala C	\$40	\$50	\$30	\$100	\$80	\$20	\$100	\$84	\$69	\$46
Escala D	\$50	\$60	\$40	\$120	\$104	\$26	\$122	\$102	\$84	\$55
Cargo										
Completo	Varía	Varía	\$52	\$303	\$240	\$60	\$800	\$730	\$206	\$145
CC Desc. por Pago										
Mismo Día	Varía	\$70	\$45	\$140	\$180	\$45	\$172	\$143	\$118	\$77

\*Por día

\*\* Adulto Evaluación de Intervención Temprana debe ser pagada al momento del servicio. Paga inmediata a medida que reciba

**Comentarios:**

**FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN**

**FIRMA DEL ESPECIALISTA DE REGISTRO**

**INICIALES DEL SUPERVISOR/FECHA**