



HUMAN BEHAVIOR INSTITUTE

Full Service Behavioral Health

FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT

ATTENTION: If the patient is a minor, this document must be initialed and signed by the legal guardian or financially responsible person identified in ②.

① Patient's Full Name:		Date of Birth: MM/DD/YYYY
② Name of Legal Guardian/Financially Responsible Person (REQUIRED if the patient is a minor)		
Relation to the patient:	SSN: _ _ - _ _ - _ _ _ _	Date of Birth: MM/DD/YYYY
Mailing Address:		Phone: ()

Read each of the following terms carefully and write your initial to indicate your acceptance of the conditions of this agreement.

<i>I, the patient, legal guardian, and/or financially responsible person herein individually, jointly, and severally obligates myself or ourselves to pay the account of Human Behavior Institute Clinical Services as stated on the summary of benefits or charges for services rendered on the date of service.</i>	INITIAL
---	---------

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS: <i>I authorize payment of medical insurance benefits to Human Behavior Institute for services rendered. Payment is herein directed, in whole or in part, and shall be the same as or if paid to me.</i>	INITIAL
--	---------

<i>I understand that, as a courtesy, HBI will bill the insurance plan(s) I specify below (with a copy of the insurance plan ID/s) for services rendered. If the insurance company fully or partially denies payment, as the undersigned, I agree to be responsible for the outstanding balance due, including any additional fees should the account be referred to a third-party for collection.</i>	INITIAL
---	---------

<i>I understand that if covered by more than one insurance plan, failure to disclose and provide all current and complete (primary and secondary) insurance plans may result in my assumption of full financial responsibility for unreimbursed services.</i>	INITIAL
--	---------

Primary Insurance:		Secondary Insurance:	
Member ID #:		Member ID #:	
Group #:	Customer Service Phone #:	Group #:	Customer Service Phone #:
Main Insured Person:		Main Insured Person:	
Date of Birth: MM/DD/YYYY		Date of Birth: MM/DD/YYYY	
Relation to the patient:		Relation to the patient:	

LEGAL MATTERS: <i>I understand that HBI does not provide professional legal evaluations or testimony for any legal matters. In the event that an HBI therapist is subpoenaed by the legal system regarding my case, I, the patient, legal guardian, financially responsible person and/or my legal representative will bear the cost for such services. Services and time required for legal testimonies, depositions, and/or court appearances are not covered by insurance health plans. HBI charges a service fee of \$250.00 per hour with a two-hour minimum, payable upon request.</i>	INITIAL
--	---------

I, the undersigned, understand, acknowledge, and agree to abide by the above-stated conditions.

Signature: _____
Patient/Legal Guardian/Financially Responsible Person

Date: _____

Witnessed: _____
HBI Authorized Representative



ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

ATENCIÓN: Si el paciente es menor de edad, este documento debe estar rubricado y firmado por el tutor legal o persona financieramente responsable identificado en ②.

① Nombre completo del paciente:		Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY
② Nombre del Tutor Legal/Persona Financieramente Responsable (OBLIGATORIO si el paciente es menor de edad)		
Relación con el paciente:	SSN: _ _ _ - _ _ - _ _ _	Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY
Dirección Postal:	Teléfono: ()	

Lea detenidamente cada uno de los siguientes términos y escriba su inicial para indicar su aceptación de las condiciones de este acuerdo.

<i>Yo, el paciente, el tutor legal y/o la persona financieramente responsable en este documento, de manera individual, conjunta y solidaria, me obligo a pagar la cuenta de los Servicios Clínicos del Human Behavior Institute como se indica en el resumen de beneficios o cargos por los servicios prestados en la fecha de servicio.</i>	INICIAL
--	---------

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO: Autorizo el pago de los beneficios del seguro médico a Human Behavior Institute por los servicios prestados. El pago se indica en el presente, en su totalidad o en parte, y será el mismo que se me pagó o si se me pagó.	INICIAL
--	---------

<i>Entiendo que, como cortesía, HBI facturará al plan de seguro que especifico a continuación (con una copia de la identificación del plan de seguro) por los servicios prestados. Si la compañía de seguros niega total o parcialmente el pago, como abajo firmante, acepto ser responsable del saldo pendiente adeudado, incluidos los cargos adicionales en caso de que la cuenta se remita a un tercero para su cobro.</i>	INICIAL
--	---------

<i>Entiendo que si estoy cubierto por más de un plan de seguro, la falta de divulgación y provisión de todos los planes de seguro actuales y completos (primario y secundario) puede dar lugar a que asuma la responsabilidad financiera total por los servicios no reembolsados.</i>	INICIAL
---	---------

Seguro Primario:		Seguro Secundario:	
ID de Miembro:		ID de Miembro:	
Num. de Grupo #:	Teléfono de servicio al cliente:	Num. de Grupo #:	Teléfono de servicio al cliente:
Asegurado Principal:		Asegurado Principal:	
Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY		Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY	
Relación con el paciente:		Relación con el paciente:	

ASUNTOS LEGALES: Entiendo que HBI no proporciona evaluaciones legales profesionales ni testimonios para ningún asunto legal. En caso de que un terapeuta de HBI sea citado por el sistema legal con respecto a mi caso, yo, el paciente, el tutor legal, la persona financieramente responsable y/o mi representante legal asumiremos el costo de dichos servicios. Los servicios y el tiempo necesarios para los testimonios legales, las deposiciones y/o las comparencias ante los tribunales no están cubiertos por los planes de seguro médico. HBI cobra una tarifa de servicio de \$250.00 por hora con un mínimo de dos horas, pagadero a pedido.	INICIAL
--	---------

Yo, el abajo firmante, entiendo, reconozco y acepto cumplir con las condiciones establecidas anteriormente.

Firma: _____
Paciente/Tutor Legal/Persona Financieramente Responsable

Fecha: _____

Testigo: _____
Representante autorizado de HBI