



CENTRO DE SALUD MENTAL DEL SUR DE IOWA

ASISTENCIA FINANCIERA - AVISO DE DECISIÓN

Ottumwa • Albia • Bloomfield • Centerville • Fairfield • Keosauqua • Oskaloosa • Sigourney

FECHA DE VIGENCIA: _____

FECHA DE FINALIZACIÓN: _____

Nombre y dirección del solicitante:

Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Fecha de nacimiento del cliente: _____

Financiamiento aprobado por 90 días. Durante ese tiempo, se espera que la persona busque financiamiento alternativo.

El paciente es responsable del % de todos los cargos totales.