



FOR OFFICE USE ONLY:	
Date Received: _____	
Client #: _____	Initials: _____

FINANCIAL RESPONSIBILITY & PAYMENT AUTHORIZATION

Client# _____

I, _____, whose date of birth is _____, and I, _____ (Financially Responsible Person, if other than client), whose relationship to the Client is as follows: _____, authorize Nicasa to disclose to and/or obtain from the Client's insurance company, the Illinois Department of Human Services, Medicaid/Medicare, and/or any other third-party payor or funding source any or all of the following information:

presence/participation in programs, demographic information, medical information, treatment information/records (assessment, diagnosis, treatment plan, dates of service, type of service and/or level of care received), financial information and any other information that is necessary to obtain pre-authorization and/or certification for treatment services, determine eligibility, coordinate benefits, submit health care claims, obtain reimbursement or discharge the legal or contractual obligations of the third-party payer or funding source.

Purpose: The purpose of this disclosure of information is for Nicasa to obtain authorization and payment for services provided to the Client. If other purpose, please specify: _____

Revocation: I understand that I have a right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending written notification to Nicasa at 31979 Fish Lake Road, Round Lake, IL 60073. I further understand that a revocation of the authorization is not effective to the extent that action has been taken in reliance on the authorization.

Condition: I understand that services are being provided to the Client in reliance on obtaining payment for services rendered.

Expiration: Unless sooner revoked, this consent expires on the following date: _____ or until all claims relating to the Client's treatment are filed, processed and paid in full.

Redisclosure: State and Federal law prohibit the person or organization to whom disclosure is made from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written authorization of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 C.F.R. Part 2 or the Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (740 ILCS 110/1 et seq.).

Assignment of Benefits: I authorize and direct that any insurance proceeds payable for services provided by Nicasa to the Client be paid directly to Nicasa and I hereby assign to Nicasa all interest in, and rights to claim, collect and receive, the proceeds from any insurance company providing coverage for these services. Any payments received by Nicasa from me or my insurance company may be applied to offset any balances in my account.

Acknowledgment of Financial Responsibility: I understand that some or all of the services provided to the Client by Nicasa may not be covered by a third party payor. If the third party payor does not cover the services, or if the third party payor shall, for any reason, fail to pay, I acknowledge that I am financially responsible for, and I agree to timely pay, all charges for services (including any deductible or co-payment) provided to the Client, plus attorney fees and expenses incurred in the collection of such charges. This obligation is binding upon my estate and my executors and administrators.

I understand that misrepresentation of this information may make me legally responsible for payment of Nicasa's charges for services. I certify that the information given by me for purposes of payment for the Client's treatment at Nicasa is, to the best of my knowledge, complete and accurate.

I understand that I have the right to inspect and copy the information to be disclosed. I will be given a copy of this authorization for my records.

Income Verification: I further authorize Nicasa to verify the Client's income for the purpose of determining eligibility under state funding programs and determining any co-pay amounts with any of the following, as applicable: employer, a family member, public assistance caseworker, and/or probation officer. The Client certifies:

- 1) I am am not currently employed
- 2) My current family income is \$ _____
- 3) I am responsible for _____ dependents, including myself
- 4) I am am not currently receiving medical assistance under the Medicare or Medicaid programs.

Cont. **FINANCIAL RESPONSIBILITY & PAYMENT AUTHORIZATION**

Signature of Client Date

Signature of Responsible Party/Personal Representative Date

If you are signing as a personal representative of an individual, please describe your authority to act for this individual (power of attorney, healthcare surrogate, etc.).

Third Party Payment Resource	
INSURANCE CARRIER – Copy of insurance card must be attached	
Name of Policy Holder _____	DOB of Policy Holder _____
Address of Policy Holder: _____ _____ _____	Policy Number: _____ Type: HMO PPO Self Insured Other

<u>FOR OFFICE USE ONLY:</u>	<u>DOCUMENTATION PROVIDED</u>
------------------------------------	--------------------------------------

____ Check Stub	____ Unemployment Card	____ Medicaid Card	____ Current 1040	____ Current W-2's
____ Disability or SSI Benefit Form	____ Insurance Card	____ Other (specify) _____		

MEDI VERIFICATION		
--------------------------	--	--

Medicaid & DHS Verified <i>Copy must be attached</i>	YES	NO
--	-----	----

Notified By: phone Mail in person **Date:** _____ **Initials:** _____

Service	Co-Pay	Service	Co-Pay
DUI Eval	_____	Individual	_____
Narrative	_____	AODA	_____
MH Eval	_____	Group (per hour)	_____
Intake	_____		



FOR OFFICE USE ONLY:	
Date Received: _____	
Client #: _____	Initials: _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

de Cliente: _____

Yo _____, mi fecha de nacimiento es _____ y yo, _____ (otra persona responsable además del cliente) cuya relación al cliente es: _____ autorizo a Nicasa revelar y/u obtener de la compañía de seguro, el Departamento de Servicios Humanos de Illinois, Medicaid/Medicare, y/o cualquier otra agencia o fuente financiera cualquier o toda la información siguiente:

Asistencia/participación en los programas, información demográfica, información médica, información de tratamiento actual o del expediente (evaluación, diagnóstico, plan de tratamiento, fechas de servicio, tipo de servicios, y/o nivel de atención recibido), información financiera y cualquier otra información que se necesaria para obtener la pre-autorización y/o la certificación para servicios de tratamiento, determinación de elegibilidad, coordinar beneficios, someter reclamaciones médicas, obtener reembolsos o liberar obligaciones legales o contractuales de terceros o fuentes financieras.

Propósito: El propósito de esta divulgación de información es para que Nicasa obtenga autorización y pago por los servicios proporcionados al cliente. Si el propósito es diferente, por favor especifique: _____

Revocación: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando la notificación a Nicasa localizada en 31979 N Fish Lake Road, Round Lake IL 60073. También entiendo que la revocación de esta autorización no entrara en efecto hasta el momento en que la petición sea aceptada.

Condición: Entiendo que los servicios proporcionados al cliente con el fin de obtener pago por los servicios recibidos.

Expiración: Al menos que sea revocado antes, este consentimiento se vencera en la siguiente fecha: _____ o hasta que todos los reclamos relacionados al tratamiento del cliente sean archivados, procesados y pagados completamente.

Revelación de Información: La ley Federal y Estatal prohíbe a la persona y organización a la cual se le revela esta información, que ellos a su vez revelen la información al menos que exista una autorización del cliente y lo exprese por escrito o que sea permitido por la ley de confidencialidad de Illinois – 42C.F.R. Part 2 or the Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (740 ILCS 110/1 et seq.)

Asignación de Beneficios: Yo autorizo que cualquier tipo de ingresos dirigidos por parte de la aseguradora por los servicios proporcionados por Nicasa, sean pagados directamente a Nicasa y yo por medio de la presente asigno a Nicasa todo interés y derecho de reclamar, coleccionar y recibir el pago de cualquier tipo de compañía de seguro que provee cobertura por estos servicios. También autorizo que cualquier pago recibido por Nicasa, ya sea mío o por parte de mi compañía de seguros sea aplicado para compensar el balance de mi cuenta.

Reconocimiento de Responsabilidad Financiera: Yo entiendo que algunos o todos los servicios prestados al cliente por Nicasa, podrían no ser cubiertos por un tercero pagador. Si el tercero pagador por alguna razón no hace el pago, yo reconozco y me hago financieramente responsable por el pago de los servicios recibidos, más los costos de abogado y otros gastos generados durante la cobranza de dichos cargos. Por este convenio también entiendo que hay un compromiso sujeto a ejecución legal en contra de mis propiedades incluyendo mis albaceas, ejecutores y administradores.

Yo entiendo que si doy información falsa, esto me hace legalmente responsable de los costos y servicios de Nicasa. Certifico que la información presentada será usada para propósitos del tratamiento del cliente en Nicasa y que la información a lo mejor de mi conocimiento es correcta.

Entiendo que tengo el derecho de verificar y recibir una copia de la información revelada. Puedo recibir una copia de esta autorización si así lo deseo para mis registros personales.

Continuación - RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Verificación de Ingresos: Yo doy mi autorización a Nicasa de verificar los ingresos del cliente para el propósito de determinar la elegibilidad a través de los programas financiados por parte del estado y determinar alguna cantidad de co-pago con alguno de los siguientes, si es que aplica: empleador, un familiar, trabajador de asistencia pública y/u oficial de probatoria. El Cliente certifica:

- 1) SI estoy trabajando NO estoy trabajando
- 2) Mis ingresos familiares en este momento son de: \$ _____
- 3) Soy responsable por _____ dependes incluyendome a mí
- 4) SI recibo NO recibo asistencia médica bajo los programas Medicare o Medicaid.

Firma del Cliente

Fecha

Firma de la Parte Responsable / Representante Personal

Fecha

Si esta firmando como un representante personal del individuo, por favor describa su autoridad de actuar por este individuo (carta poder, apoderado sobre asuntos médicos, etc.)

Third Party Payment Resource	
INSURANCE CARRIER – Copy of insurance card must be attached	
Name of Policy Holder _____	DOB of Policy Holder _____
Address of Policy Holder: _____ _____ _____	Policy Number: _____ Type: HMO PPO Self Insured Other

<u>FOR OFFICE USE ONLY:</u>	<u>DOCUMENTATION PROVIDED</u>
------------------------------------	--------------------------------------

_____ Check Stub	_____ Unemployment Card	_____ Medicaid Card	_____ Current 1040	_____ Current W-2's
_____ Disability or SSI Benefit Form	_____ Insurance Card	_____ Other (specify) _____		

MEDI VERIFICATION			
Medicaid & DHS Verified <i>Copy must be attached</i>		YES	NO
Service	Co-Pay	Service	Co-Pay
DUI Eval	_____	Individual	_____
Narrative	_____	AODA	_____
MH Eval	_____	Group (per hour)	_____
Intake	_____		