

Formulario de información del cliente

Este formulario de información del cliente se utiliza para facilitar el proceso de financiación a través de Forbes AAC, un nombre comercial de Forbes Rehab Services. La información proporcionada se mantendrá confidencial. Tenga en cuenta que toda la información solicitada es necesaria para que Forbes Rehab Services lo ayude adecuadamente con el proceso de financiación. Para garantizar un procesamiento oportuno, complete todo el Formulario de información del cliente. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Financiamiento al 419.589.7866

formulario completado por correo electrónico o FAX a:

Forbes Rehab Services, Inc.
181 Illinois Ave. S. Mansfield, OH
44905
fax 419.589.5146
funding@forbesaac.com

Información del cliente– El cliente es la persona para la que se solicita la financiación.

Nombre Teléfono
Número de casa/calle Fecha de nacimiento
Ciudad Estado Zip SSN
sexo Masculino Femenino

¿Ha solicitado o está recibiendo cuidados paliativos en el hogar o en un centro, cuidados de enfermería especializada o cuidados hospitalarios?

No Si

¿Alguna vez ha tenido un dispositivo generador de voz? No Sí, edad del dispositivo anterior

Lugar de residencia

en casa Hogar Grupal Asilo de ancianos Centro de cuidados a largo plazo Otra

El/La patóloga(e) del habla que – SLP que completa el Informe de evaluación y evaluación del habla.

Nombre Teléfono
Instalaciones Teléfono alternativo
Numero de casa/calle Fax
Ciudad Estado Zip Email

Defensor personal – Se trata de una persona que representa al cliente de forma no profesional.

Relación con la cliente: Madre Guardiana Esposa Otra
Nombre Teléfono de casa
Habla a Teléfono del trabajo
Ciudad Estado Zip Email

Defensor profesional (opcional) – Se trata de una persona que representa al cliente de manera profesional.

Relación con la cliente: Asistente del patólogo del habla Administradora de casos Otra
Nombre Teléfono de casa
Habla a Teléfono del trabajo
Ciudad Estado Zip Email

1 of 3

Forbes AAC

181 Illinois Ave. South
Mansfield, OH 44905

phone 419.589.7688
fax 419.589.5146



forbesaac.com

Información del médico remitente – Este es el médico que prescribe el equipo.

Nombre del médico

Teléfono

Fuentes de financiamiento / Cobertura de seguro – Indique todas las fuentes de finanzas/seguros que correspondan. Incluya una copia clara de todas las tarjetas de identificación (tanto delante como detrás).

Número de facturación de Medicaid / Medical Assistance

Número de facturación de Medicare

Tricare / Militar / Seguro privado / HMO / Programa de atención administrada

No Sí, complete la información a continuación Nombre de la
compañía de seguros

Administrador de casos o información de contacto (si corresponde)

Nombre

Teléfono

Fax

Información del titular de la póliza

Nombre

Teléfono

Habla a

Fax

Ciudad

Estado

Zip

Tomadora del seguro fecha de nacimiento

Número de seguridad social

Titular de la póliza Seguridad Social

Nombre de la empleadora

Número de identificación de la póliza/contrato

Grupo #

Relación del titular de la póliza con el cliente

Contacto de entrega o envío – Este es el contacto para el envío y entrega de equipos (no se permiten apartados de correos)

* Medicare requiere que el equipo se envíe a la residencia del cliente

Cliente	Evaluación de SLP	Defensor personal	Professional	Otro (enumerar a continuación)
Nombre de contacto			Advocate Phone	
Habla a		Ciudad	Estado	Zip

Actualizaciones de correo – Las direcciones de correo electrónico que se enumeran a continuación se incluirán en las actualizaciones por correo electrónico de financiación. Si esta sección se deja en blanco, todas las direcciones de correo electrónico asociadas con el paquete de financiación recibirán actualizaciones.

Nombre y relación con el cliente

Email

Nombre y relación con el cliente

Email

Nombre y relación con el cliente

Email

Forbes AAC

181 Illinois Ave. South
Mansfield, OH 44905

phone 419.589.7688

fax 419.589.5146





Notas –