



### Client Acknowledgment Statement – Private Pay

"I understand that regardless of my Medicaid eligibility status, I have made the decision to forego my Medicaid benefits, and as such would like to be considered a Private Pay patient for the provider listed below. Neither I nor the provider will be billing Medicaid for these services, **I will accept full financial responsibility for all medical services requested** as of the date listed below"

"Entiendo que a cualquier costo de mi estado de elegibilidad de Medicaid, he tomado la decision para renunciar mis beneficios de Medicaid, y como tal, quisiera ser considerado como un Paciente de Pago Privado para el doctor mencionado abajo. Ni el doctor ni yo les mandaremos la cuenta a Medicaid por estos servicios. **Aceptare la responsabilidad financiera por completa de todos los servicios medicos solicitados** en la fecha mencionada abajo. "

**PROVIDER NAME:** \_\_\_\_\_  
(Nombre del doctor)

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

**GUARANTOR NAME:** \_\_\_\_\_  
(Nombre del responsable)

**GUARANTOR SIGNATURE:** \_\_\_\_\_  
(Firma del responsable)

**DATE:** \_\_\_\_\_  
(Fecha)