



**CONSENTIMIENTO PARA FACTURAR**

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_

**Autorizo por este medio los a Gateways Community Services a utilizar o a divulgar la información de la salud que se puede requerir para procesar una demanda para el pago de beneficios. Estos beneficios serán hechos pagos a Gateways Community Services.**

**Nombre del cliente:**  
\_\_\_\_\_

**Firma del Cliente/Guardian:**  
\_\_\_\_\_

**Medicaid #:**  
\_\_\_\_\_