|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | |  |
|  | **Serein Counseling** | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  | 15440 Museum Rd. |  | | | |  |
|  | Brookings, Oregon 97415 | Sereincounselingservices@gmail.com  Denise V. Olson (Associate Counselor) | | Phone(541) 200-5671 | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

[**www.sereincounselingservices.com**](http://www.sereincounselingservices.com)

(45)

**CANCELLATION POLICY**

We look forward to working with you. Our appointment sessions are approximately 50-55

minutes long. It is our strict policy to stay on time for all scheduled appointments.

Therefore, if at all necessary, your wait time is kept to a minimum. Due to the length of time   
provided for each appointment, it is critical that you arrive on time for your appointments. If   
you are more than 15 minutes late, we will have no choice but to reschedule your   
appointment and you will be responsible for the fees of a no show. In order to avoid paying no   
show fees, we require at least twenty-four (24) hours notice for all cancellations, unless your   
appointment is on Monday, at which we cancellation needs to be before 3pm on the prior   
THURSDAY. Insurance companies will not pay for “No Shows or Late Cancellations,” therefore   
you will be responsible for the $60 fee for a missed appointment at the first no show or late   
cancellation. After the second no show or late cancellation, you are responsible for the entire   
fee of $120 to continue scheduling, you will have to pre-pay the third session at $120 as well.

After 3 cancellations or no shows, you will not be able to schedule another appointment and   
will be referred to another provider. If you have arranged with your therapist to have standing   
appointments, then after the first no show, all appointments will be removed from the   
schedule and will have to arrange appointments weekly.

I have read and understand the cancelation policy.

Client Signature

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent or Representative Signature

(relationship)

Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date