**จดหมายติดตามผลการประเมินใหม่**

**วันที่: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ชื่อลูกค้า:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ หมายเลข **DMH ID ของลูกค้า:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

รัฐแคลิฟอร์เนียกำหนดให้กรมสุขภาพจิตของลอสแอนเจลิสเคาน์ตี้เรียกเก็บเงินจากลูกค้าหรือฝ่ายที่รับผิดชอบทางการเงินสำหรับบริการต่างๆ ตามความสามารถในการชำระเงิน

ลูกค้าทุกคนจะต้องได้รับการประเมินใหม่ทุกปีเพื่อให้เราสามารถยืนยันและรวบรวมข้อมูลของผู้ชำระเงินได้อย่างถูกต้อง บันทึกของเราระบุว่าคุณครบกำหนดการประเมินใหม่ประจำปีแล้ว โปรดติดต่อเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ  
ทางการเงินตามโปรแกรมที่ท่านรับบริการเพื่อนัดหมายการประเมินทางการเงินใหม่โดยเร็วที่สุด หากคุณไม่  
ดำเนินการเข้ารับการประเมินใหม่ประจำปีให้เสร็จสิ้น คุณอาจต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลตามจริง

หากคุณมีความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลจาก Medi-Cal, Medicare หรือประกันภัยเอกชน โปรด  
นำหลักฐานความคุ้มครองมาด้วยในการนัดหมาย โปรดนำเอกสารประกอบข้อมูลที่หารือในการนัดหมายคัด  
กรองทางการเงินมาด้วย เช่น เงินสนับสนุนรายได้ ทรัพย์สิน และค่าใช้จ่ายที่อนุญาต

ขอแสดงความนับถือ

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

*เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการทางการเงิน*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*หมายเลขโทรศัพท์เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการทางการเงิน*