## اتفاق بالإلزام المالي

**اسم العميل/ة:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **رقم تعريف العميل/ة بإدارة الصحة النفسية:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ينص قانون ولاية كاليفورنيا للرفاهية والمؤسسات رقم 5709 على أن أي متلقٍ أو متلقية لخدمات متعلقة بالصحة النفسية في منشآت تديرها أو تتعاقد معها مقاطعة لوس أنجليس من الممكن أن تتم مطالبته/ا بدفع تكاليف تلك الخدمات وفقًا لقدرته/ا على الدفع. وكنتيجة لفحص موقفكم المالي، تم اتخاذ قرار بشأن مسؤوليتكم المالية، على النحو المشار إليه هنا.

 المبلغ الذي يجب دفعه سنويًا = **0.00$** بناءً على الدخل و/أو على برنامج Medi-Cal بدون نظام المشاركة في السداد

**- أو -**

 بناءً على جدول الرسوم الصادر عن ولاية كاليفورنيا، فإن المبلغ الذي يجب عليكم دفعه سنويًا عن الفترة من \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ سيكون \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ أو التكلفة الفعلية للرعاية،
 أيهما أقل.

**في حال حدوث تغييرات في وضعكم المالي:** عليكم إبلاغ جميع مقدمي ومقدمات الخدمة بمجرد حدوث أي تغيير في حالتكم المالية، مثل تغيير حالة التوظيف أو الدخل أو المساعدة النقدية (كالدخل التكميلي من التأمين الاجتماعي [SSI] أو دخل الإعاقة من التأمين الاجتماعي [SSDI] أو المعونة العامة [GR]، إلخ) أو عندما يحدث تغيير في تغطيتكم ببرامج Medi-Cal أو Medicare أو تغطيات برامج التأمين الصحي الأخرى. في حالة حدوث تغييرات في وضعكم المالي أو في تغطية التأمين الصحي، فيجب إعادة تقدير وضعكم لتحديد ما إذا كان الإلزام المالي المستحق للمبلغ الذي يجب عليكم دفعه عن الفترة المتبقية من هذا العام قد تغير أم لا. إن عدم إبلاغ مقدم/ة الخدمة بالتغييرات في حالتكم المالية أو التغييرات في تغطية التأمين الصحي قد يترتب عليه إلزامكم بدفع كامل تكاليف الخدمات التي حصلتم عليها.

* في حال زادت قيمة المبلغ الذي يجب عليكم دفعه سنويًا على التكلفة الفعلية للرعاية، فبإمكانكم التوقف عند دفع الأقساط الشهرية بمجرد أن يتم دفع كامل تكلفة الرعاية الفعلية.

***أقر بموجب توقيعي على هذا الاتفاق بأنني أفهم أنني مسؤول/ة عن سداد الأقساط الشهرية عن المبلغ الذي يجب دفعه سنويا والإبلاغ الفوري عن أي تغييرات تحدث في وضعي المالي و/أو في تغطية تأميني الصحي.***

اتفاق بالدفع: لقد وافقنا على السماح لكم بدفع هذا المبلغ على أقساط شهرية. حيث وافقتم على دفع مبلغ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ كل شهر، لمدة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ أشهر/شهرًا.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| توقيع الطرف المسؤول (العميل/ة)  |  | التاريخ |
|  |  |  |
| توقيع ممثل/ة البرنامج |  | التاريخ |