## Ֆինանսական պարտավորությունների մասին պայմանագիր

**Հաճախորդի անունը՝** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**DMH հաճախորդի ID համարը՝** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Կալիֆորնիա նահանգի Բարեկեցության և հաստատությունների օրենսգրքի, հոդված 5709-ով սահմանվում է, որ Լոս Անջելեսի վարչաշրջանում գործող կամ պայմանագրի շրջանակում աշխատող հաստատություններում հոգեկան առողջության ծառայություններ ստացող անձը կարող է տրամադրվող ծառայությունների դիմաց վճարունակությամբ պայմանավորված պարտավորվություն ունենալ: Ձեր ֆինանսական կարգավիճակի ստուգման արդյունքում Ձեր ֆինանսական պատասխանատվության վերաբերյալ որոշում է կայացվել, ինչպես նշված է ստորև:

 Տարեկան պարտավորություն = **$0.00** եկամտի և/կամ Medi-Cal-ի հիման վրա՝ առանց ծախսաբաժնի

**- ԿԱՄ -**

 Ելնելով Կալիֆորնիա նահանգի կողմից տրված վճարների ժամանակացույցից, Ձեր տարեկան պարտավորությունը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ից \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ժամանակահատվածի համար կկազմի $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ կամ խնամքի իրական արժեքը, կախված նրանից, թե որն է ավելի քիչ:

**Ֆինանսական կարգավիճակի փոփոխություն․** Դուք պարտավորվում եք բոլոր ծառայություններ մատուցողներին ծանուցել Ձեր ֆինանսական կարգավիճակի փոփոխության մասին, օրինակ՝ փոփոխություններ աշխատանքային կարգավիճակում, եկամուտների, դրամական օգնության ձևաչափում (օրինակ՝ Սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտ [SSI], Սոցիալական ապահովության հաշմանդամության եկամուտ [SSDI], Ընդհանուր օգնություն [GR] և այլն) կամ Ձեր Medi-Cal, Medicare կամ այլ առողջության ապահովագրության փոփոխության դեպքում: Ձեր ֆինանսական կարգավիճակի փոփոխության կամ ապահովագրական ծածկույթի փոփխության դեպքում Ձեր վիճակի վերագնահատում պետք է իրականացվի՝ որոշելու համար, թե արդյոք փոխվել է Ձեր ֆինանսական պարտավորությունն այս տարեկան պարտավորության մնացած ժամանակահատվածի համար: Ձեր ֆինանսական վիճակի կամ ապահովագրական ծածկույթի փոփոխությունների մասին Ձեր մատակարարին չտեղեկացնելու դեպքում կարող եք պատասխանատվություն կրել ստացված ծառայությունների ողջ արժեքի համար:

* Այն դեպքում, երբ Ձեր տարեկան պարտավորությունը գերազանցում է խնամքի իրական արժեքը, Դուք կարող եք դադարեցնել Ձեր ամսական վճարումներն, այն պահից, երբ խնամքի իրական արժեքն ամբողջությամբ վճարվել է:

***Ես հասկանում եմ, որ սույն համաձայնագիրը ստորագրելով՝ պարտավորվում եմ վճարել տարեկան պարտավորության ամսավճարը և անմիջապես ծանուցել իմ ֆինանսական կարգավիճակի և/կամ առողջապահական ապահովագրության ցանկացած փոփոխության մասին:***

Վճարման համաձայնագիր․ Մենք պայմանավորվել ենք Ձեզ թույլատրել ամսական վճարումներ կատարել այս պարտքը մարելու համար: Դուք համաձայնել եք վճարել ամսական $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ամիսների համար:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Հաճախորդի/Պատասխանատու կողմի ստորագրություն |  | Ամսաթիվ |
|  |  |  |
| Ծրագրի ներկայացուցչի ստորագրություն |  | Ամսաթիվ |