## 服務費用承擔義務協議

**客戶姓名：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DMH 客戶 ID #**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

《加州福利與慈善法則》第 5709 條規定，在洛杉磯縣經營或簽約的機構接受精神健康服務者，可根據其支付能力承擔這些服務的費用。根據您的財務審查結果，已確定您的財務責任，如下所示。

 根據收入和/或無共付額的 Medi-Cal確定年度支付限額 = **$0.00**

**- 或 -**

 根據加利福尼亞州發佈的費率表，您從 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 的年度支付限額為 $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 或醫療服務的實際費用，以金額較少者為准。

**財務狀況變化：**一旦您的就業狀況、收入、現金補助（例如社會安全補充收入 [SSI]、社會安全殘障收入 [SSDI]、一般救濟 [GR] 等）等財務狀況發生變化，或者您的 Medi-Cal、Medicare 或其他醫療保險承保範圍發生變化，您必須立即通知所有服務提供者。在財務狀況或保險承保範圍發生變化的情況下，必須對您進行重新評估，以確定您在該年度支付限額期的剩餘時間內的財務義務是否發生變化。未能通知該服務提供者您的財務狀況或保險承保範圍的變化可能會導致您自行承擔所接受服務的全部費用。

* 如果您的年度支付限額超過實際醫療費用，您可以在實際醫療費用全額付清後停止每月付款。

***本人理解，簽署本協議即表示本人有責任支付每月年度支付限額付款，並在本人的財務和/或健康保險有任何變化時立即報告。***

付款協議：我們已經同意您用每月付款的方式還清這筆債務。您同意每月支付 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，持續 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 個月。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 客戶/責任方簽名 |  | 日期 |
|  |  |  |
| 專案代表簽名 |  | 日期 |