## توافقنامه تعهد مالی

**نام مراجع:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **شماره شناسایی مراجع DMH:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

طبق قانون 5709 رفاه و نهادهای کالیفرنیا (California Welfare and Institutions Code 5709)، هر فردی که در یکی از مراکز تحت مدیریت مستقیم یا قراردادی شهرستان لس‌آنجلس از خدمات سلامت روان بهره‌مند شود ممکن است متناسب با استطاعات مالی خود نسبت به هزینه آن خدمات مسئول باشد. پس از غربالگری وضعیت مالی شما، مسئولیت مالی‌‌تان مشخص و در ادامه قید شده است.

 مسئولیت سالانه = **0.00 دلار** بر اساس درآمد و یا Medi-Cal بدون سهم هزینه

**- یا -**

 بر اساس فهرست هزینه‌های صادره از ایالت کالیفرنیا، مسئولیت سالانه شما برای دوره بین \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تا \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ برابر است با \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ دلار یا هزینه واقعی مراقبت‌ها، هر کدام کمتر بود.

**تغییر وضعیت مالی:** شما موظفید به محض تغییر شرایط مالی خود به کلیه ارائه‌دهندگان خدمات اطلاع بدهید؛ از جمله این تغییرات عبارتند از تغییر در وضعیت اشتغال، درآمد، کمک‌های نقدی (مانند درآمد تکمیلی تأمین اجتماعی [SSI],، درآمد ازکارافتادگی تأمین اجتماعی [SSDI]، مساعدت عمومی [GR] و غیره) یا تغییر در پوشش Medi-Cal، Medicare یا سایر بیمه‌های مراقبت بهداشتی. در صورت تغییر وضعیت مالی یا پوشش بیمه، باید مجدداً ارزیابی شوید تا مشخص شود تعهد مالی‌تان برای مدت باقی‌مانده دوره مسئولیت سالانه جاری تغییر کرده است یا خیر. چنانچه تغییر وضعیت مالی یا پوشش بیمه خود را به ارائه‌دهنده خدمات اطلاع ندهید، ممکن است در قبال کل هزینه خدمات دریافتی مسئول شناخته شوید.

* چنانچه مسئولیت ماهانه شما از هزینه واقعی مراقبت‌ها بیشتر شود، پس از تسویه کامل هزینه واقعی مراقبت‌ها می‌توانید پرداخت اقساط ماهانه را متوقف کنید.

***اینجانب می‌دانم که با امضای این توافقنامه، نسبت به پرداخت اقساط ماهانه مسئولیت سالانه و اعلام فوری هر گونه تغییر در وضعیت مالی و یا پوشش سلامت خود مسئولیت دارم.***

توافق پرداخت: بدین‌وسیله موافقت می‌شود تا این بدهی را با پرداخت اقساط ماهانه تسویه کنید. شما نسبت به پرداخت \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ دلار در ماه به مدت \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ماه موافقت کرده‌اید.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| امضای مراجع/طرف مسئول |  | تاریخ |
|  |  |  |
| امضای نماینده برنامه |  | تاریخ |