## वित्तीय दायित्व समझौता

क्लाइंटकानाम**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DMH क्लाइंट आईडी #:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

कैलिफोर्निया कल्याण और संस्थान कोड (California Welfare and Institutions Code) 5709 में बताया गया है कि लॉस एंजिल्स काउंटी द्वारा संचालित या अनुबंधित सुविधा में मानसिक स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने वाला व्यक्ति अपनी भुगतान करने की क्षमता के अनुसार उन सेवाओं की लागत के लिए ज़िम्मेदार हो सकता है। आपकी वित्तीय जांच के परिणामस्वरूप, आपकी वित्तीय ज़िम्मेदारी के संबंध में एक निर्धारण किया गया है, जैसे कि यहाँ बताया गया है।

 वार्षिक दायित्व = आमदनी के आधार पर और/या Medi-Cal लागत के शेयर के बिना **$0.00**

**- या -**

 कैलिफोर्निया राज्य द्वारा जारी शुल्क अनुसूची के आधार पर, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ की अवधि के लिए आपकी वार्षिक देनदारी $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ या देखभाल की वास्तविक लागत, जो भी कम हो, होगी।

**वित्तीय स्थिति में बदलाव:** जैसे ही आपकी वित्तीय स्थिति में बदलाव होता है, जैसे रोज़गार की स्थिति, आय, नकद सहायता (उदाहरण के लिए, सामाजिक सुरक्षा पूरक आय [एसएसआई], सामाजिक सुरक्षा विकलांगता आय [एसएसडीआई], सामान्य रिलीफ़ [जीआर], आदि) में बदलाव होता है या जब आपके Medi-Cal, Medicare, या अन्य स्वास्थ्य देखभाल बीमा कवरेज में कोई बदलाव होता है, तो आपको सभी सेवा प्रदाताओं को सूचित करना आवश्यक है। वित्तीय स्थिति या बीमा कवरेज में बदलाव आने की स्थिति में, यह निर्धारित करने के लिए आपका पुनर्मूल्यांकन किया जाना ज़रूरी है कि क्या इस वार्षिक देयता अवधि के बाकी बचे समय के लिए आपका वित्तीय दायित्व बदल गया है। आपकी वित्तीय स्थिति या बीमा कवरेज में परिवर्तन के बारे में इस प्रदाता को सूचित न करने के कारण आपको प्राप्त सेवाओं की पूरी लागत के लिए ज़िम्मेदार ठहराया जा सकता है।

* अगर आपकी वार्षिक देनदारी देखभाल की वास्तविक लागत से अधिक हो जाती है, तो देखभाल की वास्तविक लागत का पूरा भुगतान हो जाने के बाद आप अपना मासिक भुगतान बंद कर सकते हैं।

*मैं**समझता****/****ती**हूँ**कि**इस**समझौते**पर**हस्ताक्षर**करके****,*** *मासिक**वार्षिक**देयता**भुगतान**का**भुगतान**करना**और**मेरे**वित्तीय*और***/***यास्वास्थ्यकवरेजमेंकिसीभीबदलावकीतुरंतरिपोर्टकरनामेरीज़िम्मेदारीहै।

भुगतान हेतु समझौता: हम आपको इस ऋण का भुगतान करने के लिए मासिक भुगतान करने की अनुमति देने पर सहमत हुए हैं। आप \_\_\_\_\_\_\_\_\_ महीनों के लिए प्रति माह $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ का भुगतान करने के लिए सहमत हुए हैं।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| क्लाइंट/ज़िम्मेदार पार्टी के हस्ताक्षर |  | तारीख |
|  |  |  |
| कार्यक्रम प्रतिनिधि के हस्ताक्षर |  | तारीख |