## 財務的義務に関する合意書

**患者名：** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DMH患者ID番号：** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

カリフォルニア州福祉施設法典第5709条 (California Welfare and Institutions Code 5709) には、ロサンゼルス郡が運営または業務委託する施設でメンタルヘルスサービスを受ける者は、各自の支払い能力に応じて、そのようなサービスの費用の支払いに責任を負う場合があることが記されています。あなたの財務状況を審査した結果、本書に記載のとおり、支払い責任についての決定が行われました。

収入および／または費用負担なしのメディ-カル (Medi-Cal) に基づく年間責任負担額 = **$0.00**

**- または -**

カリフォルニア州が発行する料金表に基づく、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ から\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ の期間に対するあなたの年間責任負担額は、$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_か実際の治療費のいずれか低い金額となります。

**財務状況に変化が生じた場合：**雇用状況、収入、金銭補助（社会保障の補足的所得保障 (Social Security Supplemental Income、SSI)、社会保障の身体障害所得保障 (Social Security Disability Income、SSDI)、一般生活扶助 (General Relief、GR) など）が変わった場合や、Medi-Cal、Medicare、その他健康保険の保障内容が変わった場合など、ご自身の財務状況に変化が生じた場合に、直ちにすべてのサービス提供会社に通知することが義務付けられています。財務状況や保険の保障内容に変化が生じた場合、現在の年間責任負担期間の残りの期間分の支払い義務が変化するかどうかを判断するために、再評価を受ける必要があります。ご自身の財務状況や保険の適用内容の変更について、サービス提供会社への通知を怠った場合、受けたサービスに対する費用の全額分の支払い責任を負うことになる可能性があります。

* 年間責任負担額が実際の治療費用を上回る場合、実際の治療費用の全額を支払った時点で、毎月の支払いを終了することができます。

***私は、この合意書に署名することで、年間責任負担額について毎月の支払いを行うこと、および私の財務状況や健康保険の内容に変更が生じた場合は直ちに報告することが、私の責任であることを理解しました。***

支払いの合意：私たちは、あなたがこの責任負担額を返済するために毎月の支払いを行うことを認め、これに合意しました。\_\_\_\_\_\_\_\_\_ヵ月間、1ヵ月あたり$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_を支払うことに合意しました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 患者／責任のある者の署名 |  | 日付 |
|  |  |  |
| プログラム担当者の署名 |  | 日付 |