## Соглашение о финансовых обязательствах

**Имя клиента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Идентификатор клиента Департамента психического здоровья (DMH): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

В соответствии с Законом о социальном обеспечении штата Калифорния 5709 лицо, получающее психиатрическую помощь в учреждении, действующем в округе Лос-Анджелес или работающем с ним по контракту, может нести ответственность за оплату стоимости этих услуг в соответствии со своей платежеспособностью. По результатам финансовой проверки было принято решение относительно вашей финансовой ответственности, как указано ниже.

 Размер годового обязательства = **$0.00** в зависимости от дохода и/или участия в программе Medi-Cal without Share of Cost (Medi-Cal без доли затрат).

**- ИЛИ -**

 Согласно прейскуранту, утвержденному штатом Калифорния, размер вашего годового обязательства за период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ составит
$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или фактическую стоимость медицинского обслуживания, в зависимости от того, какая сумма меньше.

**Изменение финансового положения.** Вы обязаны незамедлительно уведомлять всех поставщиков услуг об изменении вашего финансового положения, например, изменении статуса занятости, дохода, денежной помощи (например, Дополнительного дохода по социальному обеспечению (Social Security Supplemental Income, SSI), Дохода по социальному обеспечению по инвалидности (Social Security Disability Income, SSDI)), пособия, выплачиваемого в рамках программы General Relief (GR) и т. п.) или изменении вашего страхового покрытия Medi-Cal, Medicare или другого вида медицинского страхования. В случае изменений финансового положения или страхового покрытия вам необходимо пройти повторную оценку, по результатам которой будет установлено, изменились ли ваши финансовые обязательства на оставшуюся часть данного периода годового обязательства. Неуведомление поставщика услуг об изменениях финансового положения или страхового покрытия может привести к необходимости нести ответственность за полную стоимость полученных услуг.

* Если ваше годовое обязательство превышает фактическую стоимость медицинского обслуживания, вы можете прекратить внесение ежемесячных платежей после полной оплаты фактической стоимости медицинского обслуживания.

***Я понимаю, что, подписывая настоящее соглашение, я обязуюсь вносить ежемесячные платежи по годовому обязательству и незамедлительно сообщать о любых изменениях в моем финансовом положении и/или медицинском страховании.***

Договор об оплате. Нами достигнуто соглашение о предоставлении вам возможности погашения данного долга путем внесения ежемесячных платежей. Вы согласились платить $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в месяц в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяцев.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Подпись клиента / ответственного лица  |  | Дата |
|  |  |  |
| Подпись представителя программы |  | Дата |