## Kasunduan sa Obligasyong Pinansiyal

**Pangalan ng Kliyente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DMH ID ng Kliyente #:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Isinasaad ng Code 5709 ng Kapakanan at mga Institusyon ng California na ang isang tao na tumatanggap ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip sa isang pasilidad na pinapatakbo o nakakontrata sa Los Angeles County ay maaaring may pananagutan para sa gastos ng mga serbisyong iyon alinsunod sa kanilang kakayahang magbayad. Bilang resulta ng iyong pagsusuring pinansiyal, ginawa ang isang pagpapasiya patungkol sa iyong pinansiyal na pananagutan, tulad ng ipinahiwatig dito.

 Taunang Pananagutan = **$0.00** batay sa kinikita at/o Medi-Cal na walang Bahagi sa Gastos

**- O -**

 Batay sa iskedyul ng bayad na ibinigay ng Estado ng California, ang iyong taunang pananagutan para sa panahon ng \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hanggang \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ay magiging $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o ang aktuwal na halaga ng pangangalaga, alinman ang mas mababa.

**Pagbabago sa Pinansiyal na Sitwasyon:** Kinakailangan mong ipaalam sa lahat ng provider ng serbisyo sa sandaling magkaroon ng pagbabago sa iyong pinansiyal na sitwasyon tulad ng mga pagbabago sa katayuan sa trabaho, kinikita, tulong na pera (hal., Social Security Supplemental Income [SSI], Social Security Disability Income [SSDI], General Relief [GR], atbp.) o kapag may pagbabago sa iyong Medi-Cal, Medicare, o iba pang coverage ng insurance sa pangangalagang pangkalusugan. Kung sakaling magkaroon ng mga pagbabago sa pinansiyal na sitwasyon o coverage ng insurance, dapat kang muling masuri para matukoy kung ang iyong pinansiyal na obligasyon para sa natitirang bahagi ng taunang panahon ng pananagutan na ito na nagbago. Ang pagpalyang ipaalam sa provider na ito ang mga pagbabago sa iyong pinansiyal na sitwasyon o coverage ng insurance ay maaaring humantong sa pagiging responsable mo para sa buong gastos ng mga serbisyong natanggap.

* Kung ang iyong taunang pananagutan ay lumagpas sa aktuwal na halaga ng pangangalaga, maaari mong ihinto ang iyong mga buwanang pagbabayad kapag ang aktuwal na gastos ng pangangalaga ay nabayaran nang buo.

***Nauunawaan ko na sa pamamagitan ng paglagda sa kasunduang ito, responsibilidad kong bayaran ang buwanang taunang pagbabayad sa pananagutan at agad na mag-uulat ng anumang pagbabago sa aking pinansiyal na sitwasyon at/o coverage sa kalusugan.***

Kasunduan sa Pagbayad: Sumang-ayon kami na payagan kang gumawa ng buwanang pagbabayad para mabayaran ang utang na ito. Sumang-ayon kang magbayad ng $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bawat buwan sa loob ng \_\_\_\_\_\_\_\_\_ na buwan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Lagda ng Kliyente/Responsableng Partido |  | Petsa |
|  |  |  |
| Lagda ng Kinatawan ng Programa |  | Petsa |