## ข้อตกลงภาระผูกพันทางการเงิน

**ชื่อลูกค้า:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ หมายเลข **DMH ID ของลูกค้า:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ประมวลกฎหมายสวัสดิการและสถาบันของรัฐแคลิฟอร์เนีย 5709 ระบุไว้ว่าบุคคลที่ได้รับบริการด้านสุขภาพจิตที่สถาน
ประกอบการที่ดำเนินการหรือมีสัญญาในลอสแอนเจลิสเคาน์ตี้ อาจต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของบริการเหล่านั้นตาม
ความสามารถในการชำระเงินของพวกเขา จากผลการคัดกรองทางการเงิน จึงมีการตัดสินใจเกี่ยวกับความรับผิดชอบ
ทางการเงินของคุณ ตามที่ระบุไว้ที่นี่

 หนี้สินรายปี = **$0.00** ขึ้นอยู่กับรายได้และ/หรือ Medi-Cal โดยไม่มีส่วนแบ่งค่าใช้จ่าย

**- หรือ -**

 ตามตารางค่าธรรมเนียมที่ออกโดยรัฐแคลิฟอร์เนีย หนี้สินรายปีของคุณในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ จนถึง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ จะเป็น $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ หรือค่ารักษาตามจริงแล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า

**การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ทางการเงิน:** คุณต้องแจ้งให้ผู้ให้บริการทุกรายทราบทันทีเมื่อสถานการณ์
ทางการเงินของคุณมีการเปลี่ยนแปลง เช่น การเปลี่ยนแปลงสถานะการจ้างงาน รายได้ ความช่วยเหลือทางการเงิน (เช่น รายได้เสริมจากประกันสังคม [SSI] รายได้จากประกันสังคมสำหรับผูพิการ [SSDI] การบรรเทาทุกข์โดยทั่วไป [GR] ฯลฯ) หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความคุ้มครอง Medi-Cal, Medicare หรือประกันสุขภาพอื่นๆ ของคุณ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ทางการเงินหรือความคุ้มครองของการประกันภัย คุณต้องได้รับการประเมิน
ใหม่เพื่อพิจารณาว่าภาระผูกพันทางการเงินของคุณสำหรับช่วงระยะเวลาชำระหนี้สินรายปีที่เหลือนี้มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หากไม่แจ้งผู้ให้บริการรายนี้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ทางการเงินหรือความคุ้มครองประกันภัย
ของคุณ คุณอาจต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเต็มจำนวนสำหรับบริการที่ได้รับ

* ในกรณีที่หนี้สินรายปีของคุณมากเกินกว่าค่ารักษาตามจริง คุณอาจระงับการชำระเงินรายเดือนได้เมื่อชำระค่ารักษาตามจริงเต็มจำนวนแล้ว

***ข้าพเจ้าเข้าใจว่า โดยการลงนามในข้อตกลงนี้ ถือเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าในการชำระหนี้สินค่าบริการ
รายปีเป็นรายเดือน และต้องรายงานการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดขึ้นกับความคุ้มครองทางการเงินและ/หรือสุขภาพ
ของข้าพเจ้าทันที***

ข้อตกลงการชำระ: เราได้ตกลงที่จะอนุญาตให้คุณชำระเงินเป็นรายเดือนเพื่อชำระหนี้สินนี้ คุณตกลงที่จะชำระเงินเป็นจำนวน $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ต่อเดือนเป็นเวลา \_\_\_\_\_\_\_\_\_ เดือน

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ลายเซ็นของลูกค้า/ฝ่ายที่รับผิดชอบ  |  | วันที่ |
|  |  |  |
| ลายเซ็นของตัวแทนโปรแกรม |  | วันที่ |