## Thỏa thuận về Nghĩa vụ Tài chính

**Tên Người Sử dụng Dịch vụ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Số ID DMH của Người Sử dụng Dịch vụ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bộ luật Phúc lợi và Định chế California 5709 (California Welfare and Institutions Code 5709) quy định rằng một người nhận các dịch vụ về sức khỏe tâm thần tại một cơ sở do Quận Los Angeles điều hành hoặc ký hợp đồng có thể phải chịu trách nhiệm về chi phí của những dịch vụ đó tùy theo khả năng chi trả của họ. Theo kết quả đánh giá tài chính của quý vị, chúng tôi đã đưa ra quyết định liên quan đến trách nhiệm tài chính của quý vị, như được nêu ở đây.

 Khoản Tiền phải Trả Tính theo Năm = **$0.00** dựa trên thu nhập và/hoặc Medi-Cal mà không có Chia sẻ Chi phí

**- HOẶC -**

 Dựa trên biểu phí do Tiểu bang California ban hành, khoản tiền phải trả tính theo năm của quý vị trong khoảng thời gian từ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sẽ là $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hoặc chi phí chăm sóc thực tế, tùy theo số tiền nào thấp hơn.

**Thay đổi về Tình hình Tài chính:** Quý vị bắt buộc phải thông báo cho tất cả các nhà cung cấp dịch vụ ngay khi tình hình tài chính của quý vị có thay đổi, chẳng hạn như thay đổi về tình trạng việc làm, thu nhập, hỗ trợ tiền mặt (ví dụ: Thu nhập Bổ sung An sinh Xã hội [Social Security Supplemental Income - SSI], Thu nhập An sinh Xã hội cho Người khuyết tật [Social Security Disability Income - SSDI], Cứu trợ Chung [General Relief - GR], v.v.) hoặc khi có thay đổi về bảo hiểm Medi-Cal, Medicare hoặc bảo hiểm chăm sóc sức khỏe khác của quý vị. Trong trường hợp tình hình tài chính hoặc phạm vi bảo hiểm có thay đổi, quý vị phải được đánh giá lại để xác định xem nghĩa vụ tài chính của quý vị trong thời gian còn lại của khoảng thời gian tính số tiền phải trả theo năm có thay đổi hay không. Việc không thông báo cho nhà cung cấp này về những thay đổi trong tình hình tài chính hoặc phạm vi bảo hiểm của quý vị có thể dẫn đến việc quý vị phải chịu trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí cho các dịch vụ đã nhận.

* Trong trường hợp khoản tiền phải trả tính theo năm của quý vị vượt quá chi phí chăm sóc thực tế, quý vị có thể ngừng thanh toán hàng tháng sau khi chi phí chăm sóc thực tế đã được thanh toán đầy đủ.

***Tôi hiểu rằng khi ký thỏa thuận này, tôi có trách nhiệm thanh toán mỗi tháng một lần khoản tiền phải trả tính theo năm và báo cáo ngay lập tức mọi thay đổi về tình hình tài chính và/hoặc bảo hiểm sức khỏe của tôi.***

Thỏa thuận về việc Thanh toán: Chúng tôi đã đồng ý cho phép quý vị thanh toán mỗi tháng một lần để trả khoản nợ này. Quý vị đã đồng ý trả $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mỗi tháng trong \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tháng.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Chữ ký của Người Sử dụng Dịch vụ/Bên chịu Trách nhiệm  |  | Ngày |
|  |  |  |
| Chữ ký của Người Đại diện Chương trình |  | Ngày |