## 재정 책임 동의서

**의뢰인 이름:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DMH 의뢰인 ID #:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

캘리포니아 복지 및 제도 법전 5709에 의해, 로스앤젤레스 카운티 운영 또는 이와 계약을 맺은 시설에서 정신건강 서비스를 받는 사람은 지불할 수 있는 능력에 부합하여 이러한 서비스에 대한 비용을 부담할 수도 있습니다. 귀하의 재무 선별검사의 결과로서 명시된 바와 같이 귀하의 재정적 책임과 관하여결정이 내려졌습니다.

 연간 부담금 = 소득 및/또는 공동 부담금 없는 메디-칼에 기반하여, **$0.00**

**- 또는 -**

 캘리포니아주 발행 요금 일정표에 기반하여, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_에서 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 기간의 연간 부담은 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_과 실제 건강관리 비용 중 더 낮은 금액입니다.

**재정적 상태에 변화:** 재직 상태, 소득, 현금 지원(예를 들어 사회보장보충소득[Social Security Supplemental Income, SSI], 사회보장장애소득[Social Security Disability Income, SSDI], 일반 구호[General Relief, GR] 등)에 변동 또는 메디-칼, 메디케어, 또는 기타 건강관리 보험 보장범위에 변동은 발생 즉시 모든 서비스 제공자에게 의무적으로 통보합니다. 재정적 상태 또는 보험 보장범위에 변동이 발생하는 경우, 반드시 남은 연간 부담 기간에 재정적 책임 변동의 여부를 결정하기 위해 재심사를 받아야 합니다. 이러한 재정적 상태 또는 보험 보장범위에 변동을 통보하지 않는 경우, 받은 서비스에 대한 비용 전액을 책임지게 될 수도 있습니다.

* 연간 부담이 실제 건강관리 비용을 초과하는 경우, 실제 건강관리 비용이 전액 지불되면 월간 납부를 중단하실 수 있습니다.

***본 동의서에 서명함으로써, 매달 연간 부담 금액을 지불하며 본인의 재정적 및/또는 건강 보험 보장범위에 변동 사항을 즉각 보고하는 것이 본인의 책임이라는 것을 이해합니다.***

지불에 대한 동의: 귀하의 빛을 상환하기 위해 매달 분할불을 허용하기로 저희가 동의했습니다. 귀하께서는 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_개월간 매달 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_을 지불하기로 동의하셨습니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 의뢰인/책임을 지닌 당사자 서명 |  | 일자 |
|  |  |  |
| 프로그램 대표 서명 |  | 일자 |