**خطاب متابعة لإعادة التقييم المالي**

**التاريخ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**اسم العميل/ة:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **رقم تعريف العميل/ة بإدارة الصحة النفسية:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إن ولاية كاليفورنيا تُلزم إدارة الصحة النفسية بمقاطعة لوس أنجليس بمطالبة العملاء/العميلات أو الجهات المسؤولة ماديا عنهم/عنهن بتحمل التكلفة نظير الخدمات المتلقاة وفقا لقدرتهم/ن على السداد.

على جميع العملاء/العميلات ملء نموذج لإعادة التقييم السنوية حتى نتمكن من خلاله بدقة من تأكيد البيانات الخاصة بالدافع/ة وجمعها. وتُظهر سجلاتنا أنه قد حان موعد خضوعكم لإعادة التقييم السنوية. يُرجى التواصل مع فريق العمليات المالية بالبرنامج الذي تتلقون فيه الخدمات لتحديد موعد لإعادة التقييم المالية في أقرب وقت ممكن. وإذا لم تقوموا باستكمال عملية إعادة التقييم السنوية، فمن الممكن أن يتم تحميلكم المسؤولية عن دفع التكلفة الفعلية للرعاية.

إذا كنتم تتمتعون بتغطية بأحد برامج Medi-Cal أو Medicare أو التأمين الصحي الخاص، برجاء إحضار دليل التغطية الخاص بالبرنامج في الموعد. كما نرجو أيضًا أخذ المستندات التي تدعم المعلومات التي سيتم عرضها في موعد الفحص المالي، مثل المستندات التي تثبت الدخل والممتلكات والنفقات المطلوبة قانونًا.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*فريق العمليات المالية*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*رقم هاتف فريق العمليات المالية*