**Վերագնահատման հետագա նամակ**

**Ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Հաճախորդի անունը՝** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**DMH հաճախորդի ID համարը՝** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Լոս Անջելես վարչաշրջանի հոգեկան առողջության վարչությունը Կալիֆորնիա նահանգի պահանջով պարտավորվում է հաճախորդներից կամ ֆինանսական պատասխանատու անձից գանձել ծառայությունների համար՝ հիմնվելով նրանց վճարելու կարողության վրա:

Բոլոր հաճախորդներից պահանջվում է լրացնել տարեկան վերագնահատումը, որպեսզի մենք կարողանանք ճշգրիտ հաստատել և հավաքել վճարողի տվյալները: Մեր գրառումները ցույց են տալիս, որ Դուք պետք է անցնեք տարեկան վերագնահատում: Խնդրում ենք կապվել տվյալ ծրագրի ֆինանսական գործառնությունների անձնակազմի հետ, որտեղ Դուք ծառայություններ եք ստանում, որպեսզի հնարավորինս շուտ հանդիպում կազմակերպեք ֆինանսական վերագնահատման համար: Եթե ​​Դուք չեք ավարտել Ձեր տարեկան վերագնահատումն, ապա կարող եք կրել պատասխանատվություն խնամքի իրական արժեքի համար:

Եթե ​​Դուք օգտվում եք Medi-Cal-ի, Medicare-ի կամ մասնավոր ապահովագրության ծածկույթից, խնդրում ենք ապահովագրության մասին ապացույցը ներկայացնել հանդիպմանը: Խնդրում ենք նաև փաստաթղթեր ներկայացնել ֆինանսական ստուգման ընթացքում քննարկված տեղեկատվությունը հաստատելու համար, մանսավորապես՝ եկամուտների, ակտիվների և թույլատրելի ծախսերի ապացույցներ:

Հարգանքով՝

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

*Ֆինանսական գործառնությունների անձնակազմ*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Ֆինանսական գործառնությունների անձնակազմի հեռախոսահամար՝*