**재심사 후속 서신**

**일자: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

캘리포니아주에 의해, 로스앤젤레스 카운티 정신 건강국은 의무적으로 의뢰인 또는 재정적 책임을 지닌 당사자에게 이들이 지불할 수 있는 능력에 기반하여 비용을 부과합니다.

모든 의뢰인은 정보 수집 및 정확한 확인을 위해 의무적으로 연간 재심사를 완료해야 합니다. 저희 기록에 의하면 귀하의 연례 재심사를 시행할 기한임을 나타냅니다. 되도록 빨리 제공받는 서비스를 받는 프로그램의 재무 운영 담당자에게 연락하여 재무 재심사를 예약하시기 바랍니다. 연례 재심사를 완료하지 않는 경우, 실제 건강관리 비용을 부담하게 될 수도 있습니다.

메디-칼, 메디케어또는 개인보험으로부터 건강관리 보장을 받고 계시는 경우, 방문 시 보장범위 증명서를 가지고 오시기 바랍니다. 소득, 자산 및 충당금과 같은 재무 선별검사 방문 시 의논한 정보를 뒷받침하는 문서도 가져와 주세요.

감사합니다.

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

*재무 운영 담당자*

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

*재무 운영 담당자 전화번호*