

Ֆինանսական պարտավորությունների մասին պայմանագիր

Հաճախորդի անունը՝ _____ DMH հաճախորդի ID համարը՝ _____

Կալիֆորնիա նահանգի Բարեկեցության և հաստատությունների օրենսգրքի, հոդված 5709-ով սահմանվում է, որ Լոս Անջելեսի վարչաշրջանում գործող կամ պայմանագրի շրջանակում աշխատող հաստատություններում հոգեկան առողջության ծառայություններ ստացող անձը կարող է տրամադրվող ծառայությունների դիմաց վճարումն անվճար պայմանավորված պարտավորվելություն ունենալ: Ձեր ֆինանսական կարգավիճակի ստուգման արդյունքում Ձեր ֆինանսական պատասխանատվության վերաբերյալ որոշում է կայացվել, ինչպես նշված է ստորև:

Տարեկան պարտավորություն = **\$0.00** եկամտի և/կամ Medi-Cal-ի հիման վրա՝ առանց ծախսարժնի - ԿԱՄ -

Ելնելով Կալիֆորնիա նահանգի կողմից տրված վճարների ժամանակացույցից, Ձեր տարեկան պարտավորությունը _____-ից _____ ժամանակահատվածի համար կկազմի \$ _____ կամ խնամքի իրական արժեքը, կախված նրանից, թե որն է ավելի քիչ:

Ֆինանսական կարգավիճակի փոփոխություն. Դուք պարտավորվում եք բոլոր ծառայություններ մատուցողներին ծանուցել Ձեր ֆինանսական կարգավիճակի փոփոխության մասին, օրինակ՝ փոփոխություններ աշխատանքային կարգավիճակում, եկամուտների, դրամական օգնության ձևաչափում (օրինակ՝ Սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտ [SSI], Սոցիալական ապահովության հաշմանդամության եկամուտ [SSDI], Ընդհանուր օգնություն [GR] և այլն) կամ Ձեր Medi-Cal, Medicare կամ այլ առողջության ապահովագրության փոփոխության դեպքում: Ձեր ֆինանսական կարգավիճակի փոփոխության կամ ապահովագրական ծածկույթի փոփոխության դեպքում Ձեր վիճակի վերազնահատում պետք է իրականացվի՝ որոշելու համար, թե արդյոք փոխվել է Ձեր ֆինանսական պարտավորությունն այս տարեկան պարտավորության մնացած ժամանակահատվածի համար: Ձեր ֆինանսական վիճակի կամ ապահովագրական ծածկույթի փոփոխությունների մասին Ձեր մատակարարին չտեղեկացնելու դեպքում կարող եք պատասխանատվություն կրել ստացված ծառայությունների ողջ արժեքի համար:

- Այն դեպքում, երբ Ձեր տարեկան պարտավորությունը գերազանցում է խնամքի իրական արժեքը, Դուք կարող եք դադարեցնել Ձեր ամսական վճարումներն, այն պահից, երբ խնամքի իրական արժեքն ամբողջությամբ վճարվել է:

Ես հասկանում եմ, որ սույն համաձայնագիրը ստորագրելով՝ պարտավորվում եմ վճարել տարեկան պարտավորության ամսավճարը և անմիջապես ծանուցել իմ ֆինանսական կարգավիճակի և/կամ առողջապահական ապահովագրության ցանկացած փոփոխության մասին:

Վճարման համաձայնագիր. Մենք պայմանավորվել ենք Ձեզ թույլատրել ամսական վճարումներ կատարել այս պարտքը մարելու համար: Դուք համաձայնել եք վճարել ամսական \$ _____, _____ ամիսների համար:

Հաճախորդի/Պատասխանատու կողմի ստորագրություն

Ամսաթիվ

Ծրագրի ներկայացուցչի ստորագրություն

Ամսաթիվ