



ACUERDO SOBRE OBLIGACIONES FINANCIERAS

Nombre del cliente: _____ N.º de Identificación del Cliente DMH: _____

El Código de Bienestar e Instituciones de California 5709 establece que una persona que recibe servicios de salud mental en un centro operado o contratado por el Condado de Los Ángeles podría ser responsable del costo de esos servicios de acuerdo con su capacidad de pago. Como resultado de su evaluación financiera, se ha tomado una determinación con respecto a su responsabilidad financiera, como se indica aquí.

Pasivo anual= **\$0.00** basado en ingresos y/o Medi-Cal sin participación en el costo

- 0 -

Sobre la base de la lista de tasas emitida por el Estado de California, su obligación anual para el período de _____ a _____ será de \$ _____ o el costo real de la atención, lo que sea menor.

Cambio en la situación financiera: Se requiere que notifique a todos los proveedores de servicios tan pronto como haya un cambio en su situación financiera, como cambios en el estado laboral, ingresos, asistencia en efectivo (p. ej., Ingreso Suplementario del Seguro Social [SSI], Ingreso por Incapacidad del Seguro Social [SSDI], Alivio General [GR], etc.) o cuando hay un cambio en su cobertura de Medi-Cal, Medicare u otro seguro de salud. En caso de cambios en la situación financiera o en la cobertura de seguro, usted debe ser reevaluado para determinar si su obligación financiera para el resto de este período de responsabilidad anual ha cambiado. No notificar a este proveedor de los cambios en su situación financiera o cobertura de seguro podría llevar a que usted sea responsable del costo total de los servicios recibidos.

- En el caso de que su responsabilidad anual exceda el costo real de la atención, puede suspender sus pagos mensuales una vez que el costo real de la atención haya sido pagado en su totalidad.

Entiendo que, al firmar este acuerdo, soy responsable de realizar el pago anual mensual de la responsabilidad y reportar cualquier cambio a mi cobertura financiera y/o médica inmediatamente.

Acuerdo de pago: Hemos acordado permitirle hacer pagos mensuales para pagar esta deuda.

Usted ha acordado pagar \$ _____ por mes durante _____ meses.

Firma del cliente/parte responsable

Fecha

Firma del representante del programa

Fecha