



Acuerdo Financiero de Obligación Suplemento A-85

El Código de Bienestar y Instituciones de California requiere que una persona que este recibiendo servicios de salud mentales en una facilidad operada directamente o contraída del Condado de Los Angeles sea responsable del costo de servicios en acuerdo con su habilidad de pago.

<input type="checkbox"/> Responsabilidad Anual = <u>\$0.00</u> de acuerdo con su ingreso o cobertura de Medi-Cal Sin Compartir Costo.

-0-

Acuerdo con el horario del honorario publicado por el Estado de California su responsabilidad anual por el período de _____ a _____ sera la cantidad de \$ _____ o el costo actual del servicio recibido cualquiera que sea menos.
--

Se le requiere notificar a esta oficina inmediatamente si hay cambios en su situación financiera (por ejemplo, cambios en su estado de empleo, ingreso, asistencia monetaria, SSI, SSDI, General Relief (GR), etc.) Medi-Cal y/o otra cobertura medica como Medicare o seguro de salud privado. Si usted no cumple en notificar a esta oficina de cualquier cambio en su situación financiera, usted podria ser responsable por el costo actual del servicio recibido de este programa.

Estamos de acuerdo en permitirle hacer pagos mensuales para pagar su deuda. Usted esta en acuerdo de pagar \$ _____ por mes, por _____ meses. Su primer pago sera (fecha) _____ y su otro pago sera el dia _____ de cada mes. En caso de que su deuda anual sea mas que el costo actual del servicio recibido, usted podria descontinuar sus pagos mensuales cuando el costo actual del servicio recibido este pagado por completo.

_____ Firma del cliente	_____ Fecha
_____ Representante de la clínica	_____ Fecha