

KASUNDUAN SA PROGRAMA NG PINALAWIG NA PAGBABAYAD

Pangalan ng Pasyente: _____ MRN: _____

Address ng Pasyente: _____

Num. ng Telepono ng Pasyente: _____

Ang mga halaga ng mga pagbabayad ng installment na itinakda rito ay alinsunod sa kasalukuyang kakayahan sa pananalapi at ito ay magbabago, **kapag napatunayan at kung mapapatunayan ang pagbabago sa kundisyon ng pananalapi.**

Ako si (pasyente o responsableng kamag-anak) _____ **na nangangako** rito na babayaran ang mga halagang tinukoy para sa mga serbisyong ibibigay ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Kalusugan (Department of Health Services) ng County ng Los Angeles.

Outpatient

(Mga) FIN/ (Mga) Account: _____

(Mga) Petsa ng Serbisyo: _____

Inpatient

(Mga) FIN/ (Mga) Account: _____

(Mga) Petsa ng Serbisyo: _____

(Mga) Serbisyong **ibibigay** sa (pangalan ng pasilidad): _____

Kabuuang Halaga \$ _____

Mga Tuntunin sa Pagbabayad:

Babayaran ang down payment na nagkakahalaga ng \$ _____ sa o bago ang ____ / ____ / _____, dapat gawin ang mga pagbabayad nang installment sa halagang \$ _____ buwan-buwan simula sa ____ / ____ / _____ at magpapatuloy ito pagkatapos noon sa ____ ng bawat buwan hanggang sa mabayaran ito nang buo.

Alinsunod sa Seksyon 360.5 ng Code of Civil Procedure na nagpapahintulot sa mga nakasulat na waiver kaugnay ng mga pagkilos para sa repayment ng tulong ng County, isinusuko ko/namin dito ang lahat ng batas sa limitasyon sa pagkolekta ng utang na nasasaklawan ng Kasunduang ito.

Napagkasunduang kung gagawin **ko/(naming)** default ang pagbabayad ng mga installment gaya ng isinaad sa itaas, wawakasan ang Kasunduang ito, sa halalan ng County ng Los Angeles, at isasangguni ang natitirang balanseng hindi pa nababayaran sa **external** na ahensya ng pangongolekta.

Napagkasunduang kung magbabago ang mga sitwasyon ko (namin) sa pananalapi, kasama ang, ngunit hindi limitado sa, pagtaas ng sahod ng pasyente o guarantor, o pagbawi sa pagtanggap ng mga kabayaran ng pasyente, o mga tagapagmana o (mga) personal na kinatawan ng pasyente bilang resulta ng injury ng pasyente dahil sa aksidente, kapabayaang krimen, **maaaring** wakasan, sa halalan ng County ng Los Angeles, ang Kasunduang ito at ang kasunduan sa Pagiging Kwalipikado sa Programa ng Kakayahang Magbayad ng County ng Los Angeles, at magkakaroon ng karapatan ang ospital ng County sa mga makatuwirang singil nito.

Hindi mababawasan o **matatalo** ng kasunduang ito sa anumang paraan ang karapatan ng County, sa ilalim ng seksyon 23004.1 at 23004.2 ng code ng Pamahalaan ng California, o ang Hospital Lien Act, o ang anupamang naaangkop na batas upang bawiin ang reimbursement mula sa sinumang responsableng third-party, kasama ang mga **tortfeasor**, ng mga makatuwirang singil para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na **ibibigay** sa pasyente.

Bilang pagsasaalang-alang sa mga ipinangako sa itaas ng lumagda, nangangako rito ang County ng Los Angeles na tatanggapin ang isinaad na mga buwanang installment bilang kapalit ng **lump sum na pagbabayad** na kasalukuyang hindi pa nababayaran, **at hindi rin ito nangangakong hindi magkakaso** sa ngayon upang bawiin ang buong halagang kasalukuyang hindi pa nababayaran.

Lagda ng Pasyente/Responsableng Kamag-anak: _____ Petsa: _____

Pangalan ng Manggagawa: _____ Num. ng Telepono ng Manggagawa: _____

Lagda ng Manggagawa: _____ Petsa: _____