

**COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
ABILITY TO PAY (ATP) PROGRAM APPLICATION & SERVICES AGREEMENT**

Facility: _____ MRN # _____ Eligibility Begin Date: __/__/____

SECTION I: PATIENT INFORMATION

Name: _____ DOB: _____ Social Security #(Optional): _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Telephone: (____) _____

☐ Patient has Medicare deductible/coinsurance, Medi-Cal SOC, or private insurance deductible/coinsurance/copay. Select one that applies:

☐ Medicare deductible/coinsurance

☐ Medi-Cal SOC

☐ Private insurance deductible/coinsurance/copay.

SECTION II: INCOME INFORMATION

Household size _____ Total Monthly Income \$ _____
(Include unborn(s) if household member is pregnant) (From Worksheet Part B, Line 1)

SECTION III: ATP LIABILITY

In consideration for being charged for health care services rendered by the County of Los Angeles (County) to the patient in accordance with the County's Ability To Pay (ATP) Plan, I/we (patient or responsible relative) _____, promise to pay the County for services received from the County's health care facilities, from __/__/____ through __/__/____, the ATP Liability Amount of _____

_____ dollars (\$ _____) per admission for all inpatient services provided to the patient covered by this Agreement from admission until discharge from the County's Health care facility; AND _____ dollars (\$ _____) for each month during which outpatient services are received by the patient covered by this Agreement for all outpatient visits provided during that month.

SECTION IV: ATP CERTIFICATION

Such ATP Liability Amount has been determined under the ATP and is based upon information which I/we provide in this Agreement. I/we understand that I/we may be asked later for proof of some or all of the information used for this Agreement. I understand that I am expected to save documents I might have that would help prove that what I said today is true, (for example, copies of pay stubs, income tax returns), for 6 months from the date of the application. If I am asked for these documents in the next 6 months, I will have 20 days to mail or bring the information to the facility or to give some other acceptable verification. If I am asked for this proof and don't provide it, I may be held responsible for the full charges for my medical care.

It is understood and agreed that the above ATP Liability Amount for such inpatient services or for such outpatient services shall not be subsequently adjusted for any reason except as provided under the ATP.

I/we understand and agree that this Agreement shall be governed by the terms and conditions set forth in the ATP, which has been made available to me/us for review and which is incorporated herein by reference, and that I/we shall fully cooperate with the County in accordance with the ATP. Pursuant to Section 360.5 of the California Code of Civil Procedure, I/we agree that all statutes of limitation upon the debt for the health care services which are covered by the Agreement are hereby waived.

**COUNTY OF LOS ANGELES – DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
ABILITY TO PAY (ATP) PROGRAM APPLICATION & SERVICES AGREEMENT**

I/we certify that, during the next year, if the patient gets or loses insurance, or if his or her family size or income changes, I/we promise to immediately report that fact to the facility where this form was completed.

It is agreed that if I/we have a change in financial circumstances, including but not limited to an increase in the patient's or guarantor's income, or the patient, or patient's heirs or personal representative(s), receipt of damages recovered as a result of patient's injury by accident, negligence, or wrongful act, I/we will notify the facility where this Agreement was completed and this Agreement may, at the election of the County of Los Angeles, be terminated, and the County's hospital shall be entitled to its reasonable charges.

This agreement shall not in any way diminish or defeat the County's right, under the California Government Code sections 23004.1 and 23004.2, or the Hospital Lien Act, or any other applicable laws to recover reimbursement from any responsible third-parties, including tortfeasors, the reasonable charges for health care services provided to the patient.

I/WE CERTIFY UNDER PENALTY OF PERJURY BY MY/OUR SIGNATURE(S) THAT THE INFORMATION I/WE HAVE PROVIDED AS PART OF THE APPLICATION PROCESS AND AS LISTED ABOVE IS TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY/OUR KNOWLEDGE AND BELIEF. I/WE ALSO CERTIFY BY MY/OUR SIGNATURES THAT I/WE HAVE READ AND UNDERSTAND ALL THE FORGOING AND THAT I/WE AGREE TO SIGN THIS STATEMENT WITHOUT ANY RESERVATION WHATSOEVER.

Signature

Date

Responsible Relative Signature

Date

Interviewer Name

Date

CONDADO DE LOS ÁNGELES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD
ACUERDO DE SOLICITUD Y SERVICIOS DEL PROGRAMA DE CAPACIDAD DE PAGO (ATP)

Centro de salud: _____ MRN #: _____ Fecha de inicio de la elegibilidad: __/__/____

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de seguro social (Opcional): _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: (____) _____

- ☐ El paciente tiene un deducible o un coseguro de Medicare, costo compartido de Medi-Cal (SOC) o un deducible, un coseguro o un copago de su seguro privado. Seleccione el que corresponda:
- ☐ Coseguro o deducible de Medicare
 - ☐ Costo compartido de Medi-Cal (SOC por sus siglas en inglés)
 - ☐ Coseguro, deducible o copago de su seguro privado.

SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

Número de miembros en su familia _____ Ingreso Mensual Total \$ _____
(Incluya a los no nacidos, si en su hogar hay una embarazada)
(se obtiene de la hoja de trabajo Parte B, línea 1)

SECCIÓN III: RESPONSABILIDAD DEL ATP

En consideración al cobro por los servicios de atención médica que el Condado de Los Ángeles (Condado) proporcionó al paciente de acuerdo con el Plan de Capacidad de Pago del Condado (ATP por sus siglas en inglés), yo/nosotros (paciente o pariente responsable) _____, prometo/prometemos pagar al Condado por los servicios recibidos en los centros de atención médica del Condado, desde el __/__/____ hasta el __/__/____, el Monto de Responsabilidad del ATP de _____ Dólares (\$ _____) por cada hospitalización, por todos los servicios de hospitalización proporcionados al paciente cubierto por este Acuerdo desde su ingreso hasta su salida el día que recibió el alta del centro de atención médica del Condado; Y _____ Dólares (\$ _____) por cada mes durante el cual el paciente cubierto por este Acuerdo recibió servicios ambulatorios en todas las visitas ambulatorias proporcionadas durante ese mes.

SECCIÓN IV: CERTIFICACIÓN DEL ATP

Dicho Monto de Responsabilidad del ATP ha sido determinado bajo el acuerdo del ATP y se basa en la información que yo/nosotros proporcionamos en este Acuerdo. Entiendo que es posible que más adelante se me solicite la prueba de una parte o de la totalidad de la información que expresé para este Acuerdo. Entiendo que se espera que yo guarde los documentos que pueda tener y que estos ayudarían a demostrar que es cierto lo que dije hoy (por ejemplo, copias de talones de pago, declaraciones de impuestos sobre la renta), durante 6 meses a partir de la fecha de la solicitud. Si me piden estos documentos en los próximos 6 meses, tendré 20 días para enviar por correo o llevar dicha información al centro o para dar alguna otra verificación aceptable. Si no puedo proporcionar la prueba que me piden, es posible que me hagan responsable de los cargos totales de mi atención médica.

Se entiende y acuerda que el Monto de responsabilidad del ATP mencionado anteriormente para dichos servicios de hospitalización, o para dichos servicios ambulatorios no se ajustará posteriormente por ningún motivo, excepto según lo dispuesto en el acuerdo del ATP.

Entiendo y acuerdo/acordamos que este Acuerdo se regirá por los términos y condiciones establecidos en el ATP, que se me haya proporcionado para mi revisión y que aquí se incluye como referencia, y que

**CONDADO DE LOS ÁNGELES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD
ACUERDO DE SOLICITUD Y SERVICIOS DEL PROGRAMA DE CAPACIDAD DE PAGO (ATP)**

cooperaré plenamente con el Condado en concordancia con el ATP. De conformidad con la Sección 360.5 del Código de Procedimiento Civil de California, acuerdo/acordamos que por la presente renuncio/renunciamos a todos los plazos de vencimiento de la deuda por los servicios de atención médica que están cubiertos por este Acuerdo.

Certifico/certificamos que, durante el próximo año, si yo/el paciente obtengo o pierdo mi seguro, o si hay cambios en el número de miembros en mi familia o en mis ingresos, me comprometo a informar inmediatamente sobre ese hecho al centro donde se completó este formulario.

Se acuerda que si yo/nosotros tengo/tenemos un cambio en mis circunstancias financieras, que incluye entre otros, un aumento en los ingresos del paciente o del garante; o si el paciente, o los herederos del paciente o su(s) representante(s), recibe(n) una recompensa por daños como resultado de una lesión del paciente por algún accidente, negligencia o acto perjudicial, notificaré al centro donde se realizó este Acuerdo, y el Condado de Los Ángeles podría decidir anular este Acuerdo, y el hospital del Condado tendrá derecho a sus cargos razonables.

Este acuerdo no disminuirá ni eliminará de ninguna manera el derecho del Condado a recuperar el reembolso de cualquier tercero responsable, inclusive de los infractores, los cargos razonables por los servicios de atención médica prestados al paciente, en concordancia con las secciones 23004.1 y 23004.2 del Código del gobierno de California, o con la Ley de gravamen hospitalario, o con cualquier otra ley aplicable.

CERTIFICO/CERTIFICAMOS BAJO PENA DE PERJURIO POR MEDIO DE MI/NUESTRA(S) FIRMA(S) QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO COMO PARTE DE ESTE PROCESO DE SOLICITUD Y COMO SE INDICA ANTERIORMENTE ES VERDADERA Y COMPLETA A MI LEAL SABER Y ENTENDER. TAMBIÉN CON MI/MIS FIRMAS CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO TODO LO DESCRITO Y QUE ESTOY DE ACUERDO EN FIRMAR ESTA DECLARACIÓN SIN RESERVA ALGUNA.

Firma

Fecha

Firma del Familiar Responsable

Fecha

Nombre del entrevistador

Fecha

COUNTY OF LOS ANGELES - DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
DISCOUNT PAYMENT PROGRAM APPLICATION & AGREEMENT (INPATIENT/OUTPATIENT)
(Please Print)

Facility: _____ MRUN # _____ Inpt. Admit Date ____/____/____ Outpt. Date ____/____/____

SECTION I: PATIENT INFORMATION

Patient: _____ DOB: ____/____/____ Social Security #: _____
Address: _____ City: _____ Country/State/County: _____ Zip: _____
Telephone: Home (____) _____ Work (____) _____ Cell (____) _____

SECTION II: INCOME INFORMATION

Household size _____

Total Monthly Gross Income - [Enter from
Worksheet, Part A. 4 or E. 3]

\$ _____

DISCOUNT PAYMENT PROGRAM ELIGIBILITY:

(County Use Only)

Household income less than or equal to 400% FPL:

☐ Yes (eligible)

☐ No (ineligible)

SECTION III: DISCOUNT PAYMENT PROGRAM CERTIFICATION

In consideration for being charged for health care services rendered by the County of Los Angeles (County) in accordance with the County's Discount Payment Program, I/we _____
_____ promise to pay the County (check one):

☐ **INPATIENT:** For all inpatient services received by the patient covered by this Agreement from admit date ____/____/____ until discharged from the County's Health care facility, the Discount Payment Program liability amount of _____ dollars (\$ _____) per day for such inpatient stay of admission or 95% of gross charges, whichever is less.

☐ **OUTPATIENT:** For all outpatient services received by the patient covered by this Agreement from ____/____/____ through ____/____/____, the Discount Payment Program liability amount of _____ dollars (\$ _____) for each outpatient visit during such period or 95% of gross charges, whichever is less.

Pursuant to Section 360.5 of the California Code of Civil Procedure, which allows written waivers related to actions for the repayment of County aid, I/we hereby waive all statutes of limitation upon collection of debt covered by this Agreement.

I/we certify that, during the next year, if the patient gets or loses insurance, or if his or her family size or income changes, I/we promise to immediately report that fact to the facility where this form was completed.

It is agreed that if I/we have a change in financial circumstances, including but not limited to an increase in the patient's or guarantor's income, or the patient, or patient's heirs or personal representative(s), receipt of damages recovered as a result of patient's injury by accident, negligence, or wrongful act, I/we will notify the facility where this Agreement was completed and this Agreement may, at the election of the County of Los Angeles, be terminated, and the County's hospital shall be entitled to its reasonable charges.

This agreement shall not in any way diminish or defeat the County's right, under California Government Code Sections 23004.1 and 23004.2, or the Hospital Lien Act, or any other applicable laws to recover reimbursement from any responsible third-parties, including tortfeasors, the reasonable charges for health care services provided to the patient.

I/WE CERTIFY UNDER PENALTY OF PERJURY BY MY/OUR SIGNATURE(S) THAT THE INFORMATION I/WE HAVE PROVIDED AS REQUESTED IN THIS AGREEMENT IS TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY/OUR KNOWLEDGE AND BELIEF. I/WE ALSO CERTIFY BY MY/OUR SIGNATURE(S) THAT I/WE HAVE READ AND UNDERSTAND ALL THE FOREGOING AND THAT I/WE AGREE TO SIGN THIS STATEMENT WITHOUT ANY RESERVATION WHATSOEVER.

Patient/Responsible Relative Signature: _____ Date: _____

County Interviewer: (Print Name) _____ Telephone No.: (____) _____

(Signature) _____ Date: _____

Check box, if applicable: ☐ Patient not eligible for Medi-Cal/Medicaid.

**CONDADO DE LOS ÁNGELES - DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD
SOLICITUD Y ACUERDO DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE PAGO (PACIENTE
HOSPITALIZADO/AMBULATORIO)
(Favor de imprimir)**

Institución: _____ MRUN #: _____ Fecha hospitalización: __/__/__ Fecha servicios ambulatorios: __/__/__

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Seguro social #: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado/Estado/País: _____ Zip: _____
Teléfono: Casa (____) _____ Trabajo (____) _____ Celular (____) _____

SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE SUS INGRESOS

Número de miembros en el hogar _____
Ingreso bruto mensual total - [Ingrese de la hoja
de trabajo, Parte A. 4 o E. 3]
\$ _____

**ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE
DESCUENTO DE PAGO: (Solo para uso del
condado)**

Ingreso familiar menor o igual al 400% del FPL:

☐ Sí (es elegible) ☐ No (no es elegible)

SECCIÓN III: CERTIFICACIÓN ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE PAGO

En consideración de los cobros por servicios de atención médica prestados por el Condado de Los Ángeles (Condado) de acuerdo con el Programa de Pago de Descuento del Condado, yo/nosotros, _____, prometo/prometemos) pagar al condado (marque uno):

- ☐ **HOSPITALIZACIÓN:** Por todos los servicios de hospitalización recibidos por el paciente cubierto por este Acuerdo desde la fecha de ingreso __/__/__ hasta la fecha del alta del centro de atención médica del condado, el Monto de Responsabilidad del Programa de Descuento de Pago de _____ dólares (\$ _____) por día para dicha hospitalización o el 95% de los cargos brutos, lo que sea menor.
- ☐ **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Por todos los servicios ambulatorios recibidos por el paciente cubierto por este Acuerdo desde __/__/__ hasta __/__/__ el monto de responsabilidad del Programa de Descuento de Pago de _____ dólares (\$ _____) por cada visita ambulatoria durante dicho período o el 95% de los cargos brutos, lo que sea menor.

De conformidad con la Sección 360.5 del Código de Procedimiento Civil de California, que permite exenciones por escrito relacionadas con acciones para el reembolso de la ayuda del Condado, yo/nosotros renunciamos a todos los plazos de vencimiento del cobro de la deuda cubierta por este Acuerdo.

Yo/nosotros certificamos que, durante el próximo año, si el paciente obtiene o pierde el seguro, o si hay cambios en el número de miembros en la familia o en los ingresos, yo/nosotros prometemos informar inmediatamente ese hecho a la institución donde se completó este formulario.

Queda acordado que si yo/nosotros tenemos un cambio en las circunstancias financieras, que incluya entre otros, un aumento en los ingresos del paciente o del garante, o si los herederos del paciente, o los representantes personales del paciente, reciben una indemnización por daños como resultado de una lesión del paciente por accidente, negligencia o acto ilícito, notificaré a la institución donde se completó este Acuerdo, y este Acuerdo puede darse por terminado, a discreción del Condado de Los Ángeles, y el hospital del Condado tendrá derecho a hacer los cobros razonables.

Este acuerdo no disminuirá ni anulará de ninguna manera el derecho del Condado, bajo las Secciones 23004.1 y 23004.2 del Código del Gobierno de California, o la Ley de Gravamen Hospitalario, o cualquier otra ley aplicable para recuperar el reembolso de terceros responsables, incluidos los autores de agravios, los cargos razonables por los servicios de atención médica prestados al paciente.

YO / NOSOTROS CERTIFICAMOS BAJO PENA DE PERJURIO CON MI/NUESTRA(S) FIRMA(S) QUE LA INFORMACIÓN QUE YO/ NOSOTROS HEMOS PROPORCIONADO SEGÚN LO SOLICITADO EN ESTE ACUERDO ES VERDADERA Y COMPLETA A MI/NUESTRO LEAL SABER Y ENTENDER. TAMBIÉN CERTIFICO POR MI/NUESTRAS FIRMA(S) QUE YO/NOSOTROS HEMOS LEÍDO Y ENTENDIDO TODO LO ANTERIOR Y QUE YO/NOSOTROS ACEPTAMOS FIRMAR ESTA DECLARACIÓN SIN NINGUNA RESERVA EN ABSOLUTO.

Firma del paciente/familiar responsable: _____	Fecha: _____
Entrevistador del condado: (Imprimir) _____	Teléfono No.: (____) _____
(Firma) _____	Fecha: _____

Marque, si corresponde: ☐ Paciente no elegible para Medi-Cal/Medicaid.