

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

Facility: _____ MRUN # _____ Date: _____

SECTION I: PATIENT INFORMATION

Patient: _____ DOB: _____ Social Security #(Optional): _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone: Home (____) _____ Work (____) _____ Message (____) _____

Los Angeles County Resident Yes No (Ineligible) Patient has approved Restricted Medi-Cal Yes No

Patient has Medicare deductible/coinsurance, Medi-Cal SOC, or private insurance deductible/coinsurance.

SECTION II: INCOME INFORMATION

Family members in patient's household _____ Total Monthly Income \$ _____
(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 Plan (ATP), 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, bank statements, receipts), 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.

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.

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

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 Signature

Date

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD (DHS) DEL CONDADO DE LOS ANGELES
ACUERDO DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE HABILIDAD DE PAGO (ATP)**

Centro médico: _____ N° de MRUN: _____ Fecha: _____

SECCION I: INFORMACION DEL PACIENTE

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N° de Seguro Social (Opcional): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N° de teléfono: Casa (____) _____ Trabajo (____) _____ Mensaje (____) _____

¿Es residente del condado de Los Angeles? Si No (Inelegible)

¿Tiene el paciente Medi-Cal aprobado con restricciones? Si No

Paciente tiene deducible/coseguro de Medicare, Medi-Cal con costo (SOC), o deducible/coseguro de seguro medico privado.

SECCION II: INFORMACION SOBRE LOS INGRESOS

Número de familiares en el hogar _____

Total de ingresos mensuales \$ _____
(Cantidad de la hoja de cálculo parte B, línea 1)

SECCION III: RESPONSABILIDAD DE ATP

En consideración de haber cobrado cargos por los servicios de salud que el Condado de Los Angeles (Condado) ha dado al paciente en acuerdo de con el Plan de Habilidad de Pago (ATP), yo/nosotros (paciente o familiar responsable) _____, prometemos pagar al Condado por los servicios que recibí de los centros médicos del Condado, de _____ a _____, la cantidad de responsabilidad de ATP es: _____
Dólares (\$ _____) por admisión para todos los servicios de hospitalización que reciba el paciente conforme a este Acuerdo, de admisión hasta que sea dado(a) de alta de los centros médicos del Condado; Y _____
Dólares (\$ _____) para cada mes por todos los servicios ambulatorios (cuidado de paciente externo) que reciba el paciente durante el mes conforme a este Acuerdo.

SECCION IV: CERTIFICACION DE ATP

Esta cantidad de responsabilidad de ATP se ha determinado bajo el ATP y está basada en la información que yo/nosotros proveo/proveemos en este Acuerdo. Yo/nosotros entiendo/entendemos que después puedan pedir toda o parte de la información indicada en este Acuerdo. Entiendo que se espera que conserve los documentos que pueda que tenga y que podría demostrar lo que dije hoy aquí es cierto (por ejemplo, copias de talones de cheques, devoluciones de impuestos, estados de cuenta bancaria, estados de cuentas de propiedades, recibos, etc.) por 6 meses a partir de la fecha de esta solicitud. Entiendo que si me piden estos documentos en los próximos 6 meses, tendré 20 días para enviar por correo la información o llevarla en persona al centro médico o mostrar algún otro tipo de comprobante aceptable. Si me piden comprobantes y no los proveo, podría ser responsable de todos mis costos de atención médica.

Se entiende y se acuerda, que la cantidad de responsabilidad de ATP para todos los servicios de ingreso a hospitales y todos los servicios ambulatorios (cuidado de paciente externo) no será ajustada posteriormente por alguna razón excepto en casos previstos en el ATP.

Yo/nosotros entiendo/entendemos y estoy/estamos de acuerdo que este Contrato será gobernado por los términos y condiciones establecidos en el ATP, cuáles han sido disponibles a mi/nosotros para ser revisados cuales se incorpora al presente documento de referencia, y que yo/nosotros cooperaremos plenamente con el Condado de acuerdo con el ATP. En conformidad con la sección 360.5 del Código Civil de Procedimiento de California, yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo con todos los estatutos de limitación sobre la deuda para los servicios de salud cubiertos por el Acuerdo se renuncian por este medio.

Yo/nosotros certificamos que si durante el próximo año obtengo/obtenemos o pierdo/perdemos seguro médico, o si el número de miembros de la familia o mis ingresos cambian, prometo informar estos cambios de inmediato al centro médico en donde haya completado la solicitud.

Se acuerda que si tengo/tenemos cualquier cambio en circunstancias económicas, incluye sin limitación cambios en los ingresos del paciente o guarantor, el paciente, herederos o representante(s) personal(es) del paciente, recibo de daños que como resultado de lesión se recuperó por accidente del paciente, negligencia o acto ilícito, yo/nosotros notificaré/notificaremos al centro de salud donde se completó este Acuerdo y a la elección del Condado de Los Angeles este Acuerdo será cancelado y el hospital del Condado tendrá derecho a sus gastos razonables.

Este Acuerdo no disminuirá de ninguna forma, ni nulificará, el derecho del Condado bajo el Código Gubernamental de California secciones 23004.1 y 23004.2, o la ley de Gravámenes Hospitalarios, y cualquier otra ley correspondiente para recuperar el reembolso de cualquier tercero responsable, incluyendo autores de hecho ilícitos civiles, por cargos razonables de servicios de atención médica proporcionada al paciente.

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD (DHS) DEL CONDADO DE LOS ANGELES
ACUERDO DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE HABILIDAD DE PAGO (ATP)**

CERTIFICO/CERTIFICAMOS BAJO PENA DE PERJURIO POR MEDIO DE MI/NUESTRAS FIRMA/FIRMAS QUE LA INFORMACION QUE HE/HEMOS PROVEIDO, SEGUN SE SOLICITAN EN ESTE ACUERDO, ES FIEL Y COMPLETA MI/NUESTRO MEJOR ENTENDIMIENTO Y CONOCIMIENTO. TAMBIEN CERTIFICO/CERTIFICAMOS CON MI/NUESTRA FIRMA(S) QUE HE/HEMOS LEIDO Y COMPRENDEMOS TODO LO ANTERIORMENTE ESCRITO, Y QUE ACUERDO/ACORDAMOS FIRMAR ESTA DECLARACION SIN NINGUNA RESERVA.

Firma

Fecha

Firma del familiar responsable

Fecha

Firma del trabajador(a)

Fecha

**COUNTY OF LOS ANGELES - DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
DISCOUNT PAYMENT PROGRAM 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
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: <input type="checkbox"/> Sí (es elegible) <input type="checkbox"/> 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.