財政的概要証明依頼

患者名： _____ **DMH患者ID番号：** _____

☐身元確認 – 以下のうち、いずれか1つを提出してください：

- 運転免許証
- カリフォルニア州IDカード
- パスポート
- 政府発行の身分証明書（写真付き）
- その他写真付きID

第三者の給付の証明

☐Medi-Calカード（受益者IDカード）
☐Medicareカード
☐民間保険証：_____
☐その他の民間保険証：_____

☐署名による承認の終身継続について

☐保険承認および給付金受給権譲渡書

次の人物の収入および雇用の証明：

☐患者　☐支払いに責任を負う者　☐支払いに責任を負う者の配偶者

次の証拠資料を提出してください：

☐給与明細書（直近の支払い期間3回分または直近30日分）
☐自営業の収入証明書
☐現物払い明細書
☐納税申告書
☐給付決定書（失業／社会保障／退役軍人給付／労働者災害補償）
☐その他：_____

次の人物の流動資産の証明：

☐患者　☐支払いに責任を負う者　☐支払いに責任を負う者の配偶者

次の証拠資料を提出してください：

☐当座預金口座　☐普通預金口座　☐IRA（個人退職勘定）
☐CD（譲渡性預金）　☐株式の市場価格　☐債権
☐投資信託

正当な費用の証明

☐裁判所命令による月々の支払い義務　☐保育にかかる月々の支払い（就業に必要なもの）
☐家族の扶養にかかる月々の支払い　☐月々の医療費の支払い
☐総収入から退職年金への月々の必須控除（社会保障は含まない）

追加コメント

以下の日程の次回訪問時に、要求されたすべての証拠資料を提供してください：_____

（上記の証拠資料の提供を怠ると、治療費を全額負担することになる可能性があります）