

# Запрос на подтверждение финансового профиля

Имя клиента: \_\_\_\_\_

Идентификатор клиента Департамента психического здоровья (DMH): \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Удостоверение личности. Предоставьте ОДИН из следующих документов:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Водительское удостоверение</li><li>▪ Удостоверение личности штата Калифорния</li><li>▪ Паспорт</li><li>▪ Любое удостоверение личности государственного образца с фотографией</li><li>▪ Другое удостоверение личности с фотографией</li></ul>
<b>Подтверждение платежей со стороны третьих лиц</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Карта Medi-Cal (Льготное удостоверение)</li><li><input type="checkbox"/> Карта Medicare</li><li><input type="checkbox"/> Карта личного страхования: _____</li><li><input type="checkbox"/> Карта дополнительного личного страхования: _____</li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Форма пожизненного расширенного права подписи</b>
<input type="checkbox"/> <b>Форма разрешения на страхование и назначение выплат</b>
<b>Подтверждение дохода и трудоустройства для:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> клиента</li><li><input type="checkbox"/> опекуна</li><li><input type="checkbox"/> супруга/супруги опекуна</li></ul> <b>Предоставьте подтверждение по следующим позициям:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Справки о начислении заработной платы (за последние 3 расчетных периода или последние 30 дней)</li><li><input type="checkbox"/> Доход от самозанятости</li><li><input type="checkbox"/> Доход в натуральной форме</li><li><input type="checkbox"/> Налоговые декларации</li><li><input type="checkbox"/> Письмо о назначении пособия (пособия по безработице / пособия по социальному обеспечению / пособия ветеранам / компенсации работникам)</li><li><input type="checkbox"/> Другое: _____</li></ul>
<b>Подтверждение ликвидного актива для:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> клиента</li><li><input type="checkbox"/> опекуна</li><li><input type="checkbox"/> супруга/супруги опекуна</li></ul> <b>Предоставьте подтверждение по следующим позициям:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Расчетный счет</li><li><input type="checkbox"/> Сберегательный счет</li><li><input type="checkbox"/> Пенсионный счет</li><li><input type="checkbox"/> Депозитный сертификат</li><li><input type="checkbox"/> Курсовая стоимость акций</li><li><input type="checkbox"/> Облигации</li><li><input type="checkbox"/> Паевые инвестиционные фонды</li></ul>
<b>Подтверждение допустимых расходов</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Обязательные ежемесячные выплаты по решению суда</li><li><input type="checkbox"/> Ежемесячные выплаты по уходу за детьми (необходимы при трудоустройстве)</li><li><input type="checkbox"/> Ежемесячные выплаты на содержание иждивенцев</li><li><input type="checkbox"/> Ежемесячные выплаты по медицинским расходам</li><li><input type="checkbox"/> Ежемесячные обязательные отчисления из совокупного дохода в пенсионные планы (не включают социальное страхование)</li></ul>
<b>Дополнительные комментарии</b>   

Предоставьте все необходимые подтверждения при следующем посещении: \_\_\_\_\_

*(Несоблюдение вышеуказанной процедуры подтверждения может привести к взиманию полной стоимости медицинского обслуживания)*