

# Solicitud de verificación de perfil financiero

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

N.º de Identificación del Cliente DMH: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Identificación – Proporcione UNO de los siguientes:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Licencia de conducir</li><li>▪ Tarjeta de identificación de California</li><li>▪ Pasaporte</li><li>▪ Cualquier identificación con foto emitida por el gobierno</li><li>▪ Otra identificación con foto</li></ul>
<b>Prueba de beneficios de terceros</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Tarjeta de Medi-Cal (Tarjeta de identificación de beneficios)</li><li><input type="checkbox"/> Tarjeta de Medicare</li><li><input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro privado: _____</li><li><input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro privado adicional: _____</li></ul>
<input type="checkbox"/> <b>Formulario de autorización de vigencia de firma extendida</b>
<input type="checkbox"/> <b>Autorización de Seguros y Formulario de Asignación de Beneficios</b>
<b>Prueba de ingresos y empleo para:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Cliente</li><li><input type="checkbox"/> Parte financieramente responsable</li><li><input type="checkbox"/> Cónyuge de la Parte financieramente responsable</li></ul> <b>Proporcione verificación de lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Boletas de pago (los últimos 3 períodos de pago o los últimos 30 días)</li><li><input type="checkbox"/> Ingresos por trabajo independiente</li><li><input type="checkbox"/> Formulario de pago en especie</li><li><input type="checkbox"/> Declaraciones de impuestos</li><li><input type="checkbox"/> Carta de adjudicación (Prestaciones de desempleo/Seguro Social/Indemnización a veteranos/trabajadores)</li><li><input type="checkbox"/> Otro: _____</li></ul>
<b>Prueba del activo líquido para:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Cliente</li><li><input type="checkbox"/> Parte financieramente responsable</li><li><input type="checkbox"/> Cónyuge de la Parte financieramente responsable</li></ul> <b>Proporcione verificación de lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Cuenta corriente</li><li><input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros</li><li><input type="checkbox"/> IRA</li><li><input type="checkbox"/> CD</li><li><input type="checkbox"/> Valor de mercado de las acciones</li><li><input type="checkbox"/> Bonos</li><li><input type="checkbox"/> Fondos mutuos</li></ul>
<b>Prueba de los gastos permitidos</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Obligaciones ordenadas por la corte pagadas mensualmente</li><li><input type="checkbox"/> Pagos mensuales por cuidado de niños (necesarios para el empleo)</li><li><input type="checkbox"/> Pagos mensuales de manutención dependiente</li><li><input type="checkbox"/> Pagos mensuales de gastos médicos</li><li><input type="checkbox"/> Deducciones obligatorias mensuales de los ingresos brutos para planes de jubilación (No incluye el Seguro Social)</li></ul>
<b>Comentarios adicionales</b>

Proporcione toda la verificación solicitada en su próxima visita en: \_\_\_\_\_

*(El incumplimiento de la verificación anterior podría dar lugar a la responsabilidad del costo total de la atención)*