

مقاطعة لوس أنجلوس  
إدارة الصحة النفسية  
البيانات المالية للدافع/ة

بيانات سرية للميل/ة

يُرجى مراجعة: قانون الرفاهية والمؤسسات، فقرة 5328

بيانات العميل/ة

1	اسم العميل/ة	رقم التأمين الاجتماعي	رقم تعريف العميل/ة بإدارة الصحة النفسية	رقم القيد العائلي
2	اسم العائلة قبل الزواج	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> متزوج/ة <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> مطلق/ة <input type="checkbox"/> أرمل/ة <input type="checkbox"/> منفصل/ة	اسم الزوج/ة - الشريك/ة - شخص آخر حميم
3	تابع/ة لنظام الرعاية البديلة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	من ضحايا الجريمة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	من المحاربين/ات القدامى/القدامى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مستفيد/ة من تعويضات العمل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4	مقدم/ة المعلومات المالية - الاسم والعنوان (يُرجى ملء هذه الخانة فقط في حال كون مقدم/ة المعلومات <b>مُخصصًا</b> لغير العميل/ة أو المسؤول/ة عنه/ها)	مستفيد/ة من برنامج CALWORKS <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مستفيد/ة من برنامج مشاردة/ة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تابع/ة لأي فئة اجتماعية خاصة أخرى:

بيانات الجهة الوسيطة

5	برنامج ميدكال/MEDI-CAL <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اسم خطة إدارة الرعاية المعززة	كود المقاطعة في برنامج MEDI-CAL/ كود المدينة/الرقم المرجعي للعميل/ة	برنامج الأسرة الصحية HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	برنامج المشاركة في التكاليف SHARE OF COST <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	القيمة الشهرية للمشاركة في التكاليف \$	التسجيل معلق في ميدكال MEDI-CAL <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
6	التسجيل معلق في الدخل التأميني التكميلي SSI <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ طلب الدخل التأميني التكميلي SSI	تمت الإحالة إلى تقييم المزايا المغطاة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ الإحالة	لاستحقاق تقييم المزايا المعطاة/SSI أو الدخل التأميني التكميلي MEDI-CAL بسبب عدم إحالة التسجيل في ميدكال	برنامج ميديكار/ Medicare <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	رقم تعريف المستفيد/ة في برنامج MEDICARE
7	منظمة السلامة الصحية/منظمة تزويد الخدمة الصحية المفضلة HMO/PPO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	خطة رعاية صحية شاملة MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اسم شركة التأمين الصحي	رقم تعريف المشترك/ة في الخطة	اسم المشترك/ة	التسجيل في برنامج صحة المحاربين/ات القدامى CHAMPVA <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	التسجيل في برنامج ترابيكير TRICARE <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
8	عنوان شركة التأمين الصحي لتلقي مطالبات تغطية الصحة النفسية	عنوان شركة التأمين الصحي لتلقي مطالبات تغطية الصحة النفسية	اسم شركة التأمين الصحي	رقم تعريف المشترك/ة في الخطة	اسم المشترك/ة	تم التوقيع على الإذن بتخصيص المزايا التأمينية والسماح للتأمين بالدفع <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تم التوقيع على الإذن بتخصيص المزايا التأمينية والسماح للتأمين بالدفع <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
9	منظمة إضافية للسلامة الصحية/منظمة إضافية مفضلة لتزويد الخدمة الصحية HMO/PPO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	خطة رعاية صحية شاملة MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اسم شركة التأمين الصحي	رقم تعريف المشترك/ة في الخطة	اسم المشترك/ة	تم التوقيع على الإذن بتخصيص المزايا التأمينية والسماح للتأمين بالدفع <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تم التوقيع على الإذن بتخصيص المزايا التأمينية والسماح للتأمين بالدفع <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

جهات الاتصال ذات الصلة بالدافع/ة (العميل/ة أو المسؤول/ة عنه)

12	اسم الدافع/ة	العلاقة أو العلة مع العميل/ة	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> متزوج/ة <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> مطلق/ة <input type="checkbox"/> أرمل/ة <input type="checkbox"/> منفصل/ة	رقم رخصة قيادة تجارية أو رقم تعريف المستفيد/ة في برنامج MEDI-CAL أو أي تعريف هوية آخر للدافع/ة
13	عنوان الدافع/ة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف
14	مصادر الدخل: <input type="checkbox"/> راتب <input type="checkbox"/> عمل حر <input type="checkbox"/> إعانة بطالة <input type="checkbox"/> إعانة لذوي الاحتياجات الخاصة <input type="checkbox"/> دخل تأميني تكميلي <input type="checkbox"/> دخل من ريع عام <input type="checkbox"/> معاش المحاربين/ات القدامى/القدامى <input type="checkbox"/> إعانة حكومية أخرى <input type="checkbox"/> إعانة عينية <input type="checkbox"/> مصدر دخل غير معلوم <input type="checkbox"/> مصادر دخل أخرى:	رقم التأمين الاجتماعي للدافع/ة	الوظيفة	تاريخ آخر عمل، في حال عدم العمل حاليًا	رقم الهاتف
15	عنوان جهة العمل (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)	عنوان الزوج/ة (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)	الوظيفة	تاريخ آخر عمل، في حال عدم العمل حاليًا	رقم الهاتف
16	الزوج/ة	عنوان الزوج/ة (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)	الوظيفة	تاريخ آخر عمل، في حال عدم العمل حاليًا	رقم الهاتف
17	جهة عمل الزوج/ة	عنوان الزوج/ة (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)	الوظيفة	تاريخ آخر عمل، في حال عدم العمل حاليًا	رقم الهاتف
18	الزوج/ة	عنوان الزوج/ة (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)	الوظيفة	تاريخ آخر عمل، في حال عدم العمل حاليًا	رقم الهاتف
19	جهة عمل الزوج/ة	عنوان الزوج/ة (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)	الوظيفة	تاريخ آخر عمل، في حال عدم العمل حاليًا	رقم الهاتف
20	الشخصية الأكثر قرابة	عنوان الزوج/ة (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)	الوظيفة	تاريخ آخر عمل، في حال عدم العمل حاليًا	رقم الهاتف

بيانات لتحديد المسؤولية السنوية عن الدفع وفقاً للمنهج الموحد لتحديد القدرة على الدفع

21	الأصول السائلة (الأموال والمدخرات)	22	التنفقات المطلوبة قانونياً أو قضائياً	23	الدخل الشهري الصافي (بعد الخصومات)
المحدرات	\$	أقساط شهرية لدفع التزامات مطلوبة بحكم محكمة	\$	الدخل الشهري الإجمالي (قبل الخصومات)	\$
الحسابات الجارية	\$	نفقة شهرية لرعاية الطفل (ضرورية للتوظيف)	\$	الدخل الفردي للدافع/ة	\$
حساب تقاعد، شهادات/استثمار، أسهم ذات قيمة سوقية، سندات، صناديق استثمار مشتركة	\$	مدفوعات شهرية لنفقة الإعالة	\$	دخل الزوج/ة	\$
إجمالي الأصول السائلة (الأموال والمدخرات)	\$	مدفوعات النفقات الطبية الشهرية	\$	مدفوعات أخرى	\$
الخصم من الأصول المتاحة	\$	الخصومات الشهرية الإلزامية من الدخل الإجمالي بسبب خطة التقاعد (لا تشمل الضمان الاجتماعي)	\$	الدخل الشهري الإجمالي للأسرة	\$
تقييم الأصول الصافية	\$	إجمالي النفقات المطلوبة قانونياً أو قضائياً	\$	مجموع الأرقام في المربع رقم 21 +	\$
التقييم الشهري للأصول (تقييم الأصول الصافية مقسوماً على عدد 12 شهراً)	\$			المجموع الفرعي	\$
تم التحقق من البيانات <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تم التحقق من البيانات <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تم التحقق من البيانات <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تم التحقق من البيانات <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	نقص مجموع الأرقام في المربع رقم 22 -	\$
الرقم وفقاً للدخل الشهري الصافي (بعد الخصومات) - شاملاً دخل العميل/ة	المسؤولية السنوية عن الدفع	الفترة السنوية للمطالبة بالدفع	خطة التقسيط: \$	الدخل الشهري الصافي (بعد الخصومات)	\$
من	إلى	لعدد 1 2 3 4 5 6 أشهر	شهرياً		

بيانات أخرى

25	تم تلقي علاج نفسي آخر خلال الفترة السنوية الحالية للمطالبة بالدفع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أين تم ذلك؟	من:	إلى:	الميزانية الحالية للمسؤولية السنوية عن الدفع
26	تم تعديل المسؤولية السنوية عن الدفع بواسطة: تمت الموافقة على تعديل المسؤولية السنوية عن الدفع بواسطة:	التاريخ:	التاريخ:	سبب التعديل: <input type="checkbox"/> وقت وتاريخ التعديل (يُرجى ذكر تاريخ توقيع العميل/ة بالأسفل) <input type="checkbox"/> معلومات أخرى (يُرجى ذكرها بالأسفل)
27	تم تقديم تفسير للمسؤولية السنوية عن الدفع وفقاً للمنهج الموحد لتحديد القدرة على الدفع؟ توقيع مدير/ة المقابلة:	اسم ورقم مقدم/ة البيانات:		
28	أقر بأن البيانات الواردة في هذه الوثيقة حقيقية وصحيحة وفقاً لأفضل ما لدي من معلومات، وأوافق على خطة الدفع والتقسيم الشهري على النحو الوارد في المربع رقم 24 من هذه الوثيقة. أو توقيع الشخصية المسؤولة ماليًا عن العميل/ة:	التاريخ:		