

客户信息

付款人财务信息

1	客户姓名	社会安全号码				DMH 客户 ID #	家庭登记 #
2	娘家姓氏	出生日期	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 分居			配偶/伴侣/重要他人的姓名	
3	寄养 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	犯罪受害者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	退伍军人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	工人补偿金 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	无家可归 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	CALWORKS <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	其他特殊人群:
4	财务信息提供者 姓名和地址 (仅当不是客户或负责人时才填写)						

第三方信息

5	MEDI-CAL <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	ECM 计划名称	MEDI-CAL 县代码/援助代码/CIN #	HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	费用分摊 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	分摊金额 \$	等待 MEDI-CAL <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6	等待 SSI <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	SSI 申请日期	转介进行福利评估 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 转介日期		不转介 MEDI-CAL/SSI 有资格者参加福利评估的原因		
7	MEDICARE <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	MEDICARE 号码 (MBI)	已签署终身延长签名授权 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 签署日期		MEDI-GAP <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	TRICARE <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	CHAMPVA <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	承保人名称	参保人保单 ID #	参保人姓名		
9	精神健康索赔的承保人地址				已签署保险授权和福利转让表 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
10	其他 HMO/PPO <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	承保人名称	参保人保单 ID #	参保人姓名		
11	精神健康索赔的承保人地址				已签署保险授权和福利转让表 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

付款人资料 (客户或财务负责人)

12	付款人姓名	与客户的关系	出生日期	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 分居		付款人 CDL/CAL ID/其他 ID
13	付款人地址	城市	州	邮政编码	电话号码	
14	收入来源: <input type="checkbox"/> 薪水 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 失业保险 <input type="checkbox"/> 残障保险 <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> 其他公共援助 <input type="checkbox"/> 实物 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 其他: _____					付款人社会安全号码
15	雇主	职务			如果失业, 最后工作日期	
16	雇主地址 (包括城市、州和邮政编码)					电话号码
17	配偶	地址 (包括城市、州和邮政编码)				配偶的社会安全号码
18	配偶的雇主	职务			如果失业, 最后工作日期	
19	配偶的雇主地址 (包括城市、州和邮政编码)					电话号码
20	最近的亲属/关系	地址 (包括城市、州和邮政编码)				电话号码

UMDAP 支付限额确定

21	流动资产	22	允许的支出	23	调整后月收入
储蓄	\$ _____	法庭命令按月支付的债务	\$ _____	总收入	\$ _____
支票账户	\$ _____	按月支付的托儿费 (就业所需)	\$ _____	本人/付款人	\$ _____
IRA、CD、股票、债券和共同基金的市值	\$ _____	按月支付的受抚养人赡养费	\$ _____	配偶	\$ _____
流动资产总额	\$ _____	按月支付的医疗费用	\$ _____	其他	\$ _____
减去允许的资产限额	\$ _____	总收入中的退休计划每月强制扣款 (不包括社会安全金付款)	\$ _____	家庭总收入	\$ _____
净资产估值	\$ _____	允许的总支出	\$ _____	第 21 栏总计	+ \$ _____
每月资产估值 (净资产除以 12)	\$ _____			小计	+ \$ _____
已获取证明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		已获取证明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		减去第 22 栏总计	- \$ _____
调整后收入的受抚养人数 (包括客户)	年度支付限额		年度收费期	调整后月收入	\$ _____
			从 _____ 至 _____	付款计划 \$ _____ 每月	
				持续 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 个月	

其他

25	当前年度收费期间内既往的精神健康治疗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 何处:	从	至	当前年度支付限额余额
26	年度支付限额调整者	日期	调整原因 <input type="checkbox"/> TFA (在以下填写客户签名日期) <input type="checkbox"/> 其他 (请在以下说明)	
27	年度支付限额调整批准者	日期		
27	提供了 UMDAP 支付限额的解释。 访问员签名	提供者名称和电话		
28	我确认据我所知, 以上陈述真实且正确, 并且我同意第 24 行所述的付款计划			
	客户或财务负责人 签名	日期		