

اطلاعات محرمانه مراجع

نگاه کنید به قانون رفاه و نهادها، بخش 5328

اطلاعات مالی پرداخت کننده

اطلاعات مراجع

نام مراجع	شماره SS	شماره شناسه مراجع DMH	شماره ثبت خانواده
نام خانوادگی پیش از ازدواج	تاریخ تولد	وضعیت تاهل	نام همسر/پارتنر/شخص مهم دیگر
سرپرستی موقت بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	قریبان جرم و جنایت بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نظامی سابق بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	غرامت کارگری بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بی خانمان بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بی خانمان بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	CALWORKS بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سایر جمعیت های خاص:
نام و نشانی ارائه دهنده اطلاعات مالی (تنها در صورتی تکمیل شود که شخصی غیر از مراجع یا شخص مسئول باشد)			

اطلاعات شخص ثالث

MEDI-CAL بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام طرح ECM	کد شهرستان MEDI-CAL/کد کمک/شماره CIN	خانواده های سالم بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سهام هزینه بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	مبلغ سهم هزینه دلار	MEDI-CAL در تعلق بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
SSi در تعلق بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تاریخ تقاضای SSI	برای ارزیابی مزایا ارجاع شده است بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دلیل عدم ارجاع فرد واجد شرایط MEDI-CAL/SSI برای ارزیابی مزایا			
MEDICARE بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	شماره (MBI) MEDICARE	مجوز امضای تمدید شده مادام العمر امضا شده است بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	MEDI-GAP بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	TRICARE بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	CHAMPVA بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
HMO/PPO بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	MEDICARE ADVANTAGE بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام بیمه گر	شماره شناسه بیمه نامه مشترک	نام مشترک		
نشانی بیمه گر برای مطابقت سلامت روان						
HMO/PPO دیگر بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	MEDICARE ADVANTAGE بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام بیمه گر	شماره شناسه بیمه نامه مشترک	نام مشترک		
نشانی بیمه گر برای مطابقت سلامت روان						

اطلاعات پرداخت کننده (مراجع یا شخص دارای مسئولیت مالی)

نام پرداخت کننده	نسبت با مراجع	تاریخ تولد	وضعیت تاهل	شناسه CDL/CAL پرداخت کننده/شناسه دیگر
نشانی پرداخت کننده	شهر	ایالت	کد پستی	شماره تلفن
منبع درآمد: <input type="checkbox"/> حقوق <input type="checkbox"/> خویش فرما <input type="checkbox"/> بیمه بیکاری <input type="checkbox"/> بیمه معلولیت <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> سایر کمک های دولتی <input type="checkbox"/> غیر نقدی <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> سایر موارد:				
کارفرما	سمت	در صورت عدم اشتغال، آخرین تاریخ اشتغال		
نشانی کارفرما (شامل شهر، ایالت و کد پستی)	شماره تلفن			
همسر	نشانی (شامل شهر، ایالت و کد پستی)	شماره SS همسر		
کارفرمای همسر	سمت	در صورت عدم اشتغال، آخرین تاریخ اشتغال		
نشانی کارفرمای همسر (شامل شهر، ایالت و کد پستی)	شماره تلفن			
نزدیکترین خویشاوند/نسبت	نشانی (شامل شهر، ایالت و کد پستی)	شماره تلفن		

تعیین مسئولیت UMDAP

21	دارایی های نقدشونده	22	هزینه های مجاز	23	درآمد تعدیل شده ماهانه
پس انداز	پس انداز	پرداخت ماهانه تعهدات دارای حکم دادگاه	دلار _____	درآمد ناخالص ماهانه	دلار _____
حساب های جاری	حساب های جاری	پرداخت ماهانه هزینه های نگهداری کودک (لازم برای اشتغال)	دلار _____	خود شخص/پرداخت کننده	دلار _____
IRA، CD، ارزش بازاری سهام، اوراق قرضه و صندوق های سرمایه گذاری مشترک	IRA، CD، ارزش بازاری سهام، اوراق قرضه و صندوق های سرمایه گذاری مشترک	پرداخت نفقه ماهانه افراد تحت تکفل	دلار _____	همسر	دلار _____
کل دارایی های نقدشونده	کل دارایی های نقدشونده	پرداخت ماهانه هزینه های پزشکی کسورات قانونی ماهانه درآمد ناخالص طرح های بازنشستگی، (تامین اجتماعی لحاظ نشود)	دلار _____	سایر موارد	دلار _____
منهای دارایی های مجاز	منهای دارایی های مجاز	کل هزینه های مجاز	دلار _____	کل درآمد خانوار	دلار _____
ارزش خالص دارایی ها	ارزش خالص دارایی ها			مبلغ کل کادر 21 +	دلار _____
ارزش ماهانه دارایی ها (دارایی های خالص تقسیم بر 12)	ارزش ماهانه دارایی ها			جمع جزء +	دلار _____
راستی آزمایی اخذ شده است <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	راستی آزمایی اخذ شده است <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			منهای مبلغ کل کادر 22 -	دلار _____
تعداد افراد وابسته به درآمد تعدیل شده ماهانه (شامل مراجع)	مسئولیت سالانه	دوره پرداخت هزینه سالانه	از _____ تا _____	درآمد تعدیل شده ماهانه	دلار _____

سایر موارد

25	درمان قبلی سلامت روان در دوره فعلی پرداخت هزینه سالانه بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کجا:	از	تا	مانده فعلی مسئولیت سالانه
26	نام تعدیل کننده مسئولیت سالانه	تاریخ	تاریخ	دلیل تعدیل <input type="checkbox"/> TFA (تاریخ امضای مراجع در ذیل قید شود) <input type="checkbox"/> سایر موارد (در ذیل تشریح شود)
27	نام تأیید کننده تعدیل مسئولیت سالانه	تاریخ	تاریخ	نام و شماره ارائه دهنده
28	در مورد مسئولیت UMDAP توضیح داده شد. امضای صاحب کفایت کننده	تاریخ	تاریخ	این جانب در حیطه معلومات خود راستی و درستی اظهارات قید شده در این سند را تصدیق می کنم و طرح پرداخت اقساطی مذکور در سطر 24 را قبول دارم