

고객 정보

결제자 금융 정보

복지 및 기관법(W & I Code), 5328 조 참조

1	고객 성명	사회보장번호	정신건강부(DMH) 고객 ID 번호	가족 등록 번호			
2	결혼 전 성	생년월일	혼인 상태 <input type="checkbox"/> 기혼(M) <input type="checkbox"/> 미혼(S) <input type="checkbox"/> 이혼(D) <input type="checkbox"/> 사별(W) <input type="checkbox"/> 별거(SP)	배우자/파트너/동반자의 성명			
3	양육 관리 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	범죄 피해자 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	참전 용사 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	산재 보상 수급 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	노숙 생활 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	CALWORKS 보유 유무 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	기타 특별 인구:
4	금융 정보 제공자 성명 및 주소(고객 또는 책임자가 <u>아닌</u> 경우에만 작성)						

제삼자 정보

5	메디칼(MEDI-CAL) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	ECM 플랜명	MEDI-CAL 카운티 코드 / 에이드 코드 / CIN #	헬시 패밀리(HEALTHY FAMILIES) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	비용 부담 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	SOC AMT \$	MEDI-CAL 보류 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
6	SSI 보류 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	SSI 신청 일자	혜택 급여 평가를 위한 의뢰 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 의뢰 일자	MEDI-CAL/SSI 에서 혜택 급여 평가를 의뢰하지 않는 사유			
7	메디케어(MEDICARE) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	MEDICARE 번호(MBI)	평생 연장 서명 승인서 서명 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 서명 일자	메디갭(MEDI-GAP) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	트라이케어(TRICARE) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	재향 군인회 민간인 건강 및 의료 프로그램(CHAMPVA) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	메디케어 어드밴티지(MEDICARE ADVANTAGE) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	보험사명	가입자 보험 증권 ID 번호	가입자명		
9	정신 건강 청구용 보험사 주소			보험 승인 및 혜택 할당 서명 취득 여부 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음			
10	추가 HMO/PPO <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	메디케어 어드밴티지(MEDICARE ADVANTAGE) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	보험사명	가입자 보험 증권 ID 번호	가입자명		
11	정신 건강 청구용 보험사 주소			보험 승인 및 혜택 할당 서명 취득 여부 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음			

결제 추천인(고객 또는 재정 책임자)

12	결제자 성명	고객과의 관계	생년월일	혼인 상태 <input type="checkbox"/> 기혼(M) <input type="checkbox"/> 미혼(S) <input type="checkbox"/> 이혼(D) <input type="checkbox"/> 사별(W) <input type="checkbox"/> 별거(SP)	결제자 CDL/CAL ID/기타 ID
13	결제자 주소	시	주	우편번호	전화번호
14	수입원: <input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 실업보험 <input type="checkbox"/> 장애 보험 <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> 기타 공공 지원 <input type="checkbox"/> 현물 보조 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/> 기타: _____				결제자 사회보장번호
15	고용주	직위	고용되어 있지 않은 경우, 마지막으로 근무한 날짜		
16	고용주 주소(도시, 주 및 우편번호 포함)				전화번호
17	배우자	주소(도시, 주 및 우편번호 포함)			배우자 사회보장번호
18	배우자의 고용주	직위	고용되어 있지 않은 경우, 마지막으로 근무한 날짜		
19	배우자의 고용주 주소(도시, 주 및 우편번호 포함)				전화번호
20	가장 가까운 친척/인척	주소(도시, 주 및 우편번호 포함)			전화번호

UMDAP 책임 결정

21	유동 자산	22	허용 비용	23	조정된 월 소득
저축예금	\$ _____	법원 명령에 따라 매월 지급되는 의무 금액	\$ _____	월 총수입 본인/결제자	\$ _____
당좌예금	\$ _____	월별 보육비 지급액(고용 시 필요)	\$ _____	배우자	\$ _____
IRA, CD, 주식, 채권 및 뮤추얼 펀드의 시장 가치	\$ _____	월별 부양가족 지원 금액	\$ _____	기타	\$ _____
<b>총유동자산</b>	\$ _____	월별 의료비 지급액	\$ _____	총가구소득	\$ _____
자산 총담금 감액	\$ _____	은퇴 계획에 따라 총소득에서 매월 의무적으로 공제되는 금액 (사회보장 연금은 포함되지 않음)	\$ _____	21 번 상자의 합계	\$ _____
순자산 가치 평가	\$ _____	<b>총허용비용</b>	\$ _____	소계	\$ _____
<b>월간 자산 평가액 (순자산을 12 로 나눔)</b>	\$ _____	증빙 획득 유무 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	증빙 획득 유무 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	22 번 상자의 합계 차감	\$ _____
조정된 월 소득으로 부양하는 가족 수(고객 포함)	<b>연간 책임</b>	<b>연간 청구 기간</b> 부터	까지	조정된 월 소득	\$ _____
				결제 예정 매월 \$ _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 개월 간

기타

25	현재 연간 청구 기간 내 사전 정신건강 치료 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 장소:	시작	종료	현재 연간 부채 잔액
26	연간 부채 조정	일자	TFA <input type="checkbox"/> 조정 사유(아래에 고객 서명 일자 입력) <input type="checkbox"/> 기타(아래에 설명)	
27	연간 부채 조정 승인	일자		
28	UMDAP 책임에 관한 설명을 들었습니다. 면접관 서명	설명자 성명 및 번호		
본인은 여기에 기재된 진술이 본인이 아는 한 진실하고 정확함을 확인하며 24 번 줄에 명시된 결제 계획에 동의합니다				
고객 서명 또는 재정 책임자의 서명				날짜