

ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ

ФИНАНСОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПЛАТЕЛЬЩИКЕ

См. Закон о социальном обеспечении, раздел 5328

1	ИМЯ КЛИЕНТА		СОЦИАЛЬНАЯ СТРАХОВКА (SS) №		ИДЕНТИФИКАТОР КЛИЕНТА ДЕПАРТАМЕНТА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (DMH) №		СЕМЕЙНАЯ РЕГИСТРАЦИЯ №	
2	ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ			ДАТА РОЖДЕНИЯ	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ <input type="checkbox"/> женат / замужем <input type="checkbox"/> не женат / не замужем <input type="checkbox"/> разведен(-а) <input type="checkbox"/> вдовец (вдова) <input type="checkbox"/> живем раздельно			ИМЯ СУПРУГА / ПАРТНЕРА / ДРУГОГО ЛИЦА
3	ПАТРОНАТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЖЕРТВЫ ПРЕСТУПЛЕНИЙ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ВETERАН <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	БЕЗДОМНЫЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	CALWORKS <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ДРУГИЕ ОСОБЫЕ КАТЕГОРИИ НАСЕЛЕНИЯ	
4	ПОСТАВЩИК ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИИ Имя и адрес (заполнить только в случае, если им не является клиент или ответственное лицо)							

ИНФОРМАЦИЯ О ТРЕТЬИХ ЛИЦАХ

5	MEDI-CAL <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	НАЗВАНИЕ ПЛАНА ESM	КОД ОКРУГА / КОД ПОМОЩИ / CIN MEDI-CAL №	HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РАСХОДОВ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	СУММА, ВЫПЛ. ПО РАСПРЕДЕЛЕНИЮ ДОХОДОВ \$	MEDI-CAL, НА РАССМОТРЕНИИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
6	SSI, НА РАССМОТРЕНИИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВКИ SSI	ОБРАЩЕНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЛЬГОТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ДАТА ОБРАЩЕНИЯ		ПРИЧИНА НЕОБРАЩЕНИЯ В MEDI-CAL/SSI ДЛЯ ОЦЕНКИ ЛЬГОТ		
7	MEDICARE <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	НОМЕР MEDICARE (MBI)	ЗАВЕРЕННАЯ ФОРМА ПОЖИЗНЕННОГО РАСШИРЕННОГО ПРАВА ПОДПИСИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ДАТА ПОДПИСАНИЯ		MEDI-GAP <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	TRICARE <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	CHAMPVA <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ		ИДЕНТИФИКАТОР ПОЛИСА ПОДПИСЧИКА №	ИМЯ ПОДПИСЧИКА	
9	АДРЕС ДЕРЖАТЕЛЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПРЕТЕНЗИЙ ПО ВОПРОСАМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ				ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ В СТРАХОВУЮ КОМПАНИЮ И НАЗНАЧЕНИЕ ВЫПЛАТ СОСТАВЛЕНА И ПОДПИСАНА <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
10	ADD'L HMO/PPO <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ		ИДЕНТИФИКАТОР ПОЛИСА ПОДПИСЧИКА №	ИМЯ ПОДПИСЧИКА	
11	АДРЕС ДЕРЖАТЕЛЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПРЕТЕНЗИЙ ПО ВОПРОСАМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ				ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ В СТРАХОВУЮ КОМПАНИЮ И НАЗНАЧЕНИЕ ВЫПЛАТ СОСТАВЛЕНА И ПОДПИСАНА <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		

СПРАВКА О ПЛАТЕЛЬЩИКЕ (КЛИЕНТЕ ИЛИ ФИНАНСОВО ОТВЕТСТВЕННОМ ЛИЦЕ)

12	ИМЯ ПЛАТЕЛЬЩИКА	КЕМ ПРИХОДИТСЯ КЛИЕНТУ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ <input type="checkbox"/> женат / замужем <input type="checkbox"/> не женат / не замужем <input type="checkbox"/> разведен(-а) <input type="checkbox"/> вдовец (вдова) <input type="checkbox"/> живем раздельно			ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР CDL/CAL / ДРУГОЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ПЛАТЕЛЬЩИКА	
13	АДРЕС ПЛАТЕЛЬЩИКА		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ТЕЛ.		
14	ИСТОЧНИКА ДОХОДА: <input type="checkbox"/> ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА <input type="checkbox"/> САМОЗАНЯТОСТЬ <input type="checkbox"/> ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ <input type="checkbox"/> СТРАХОВАНИЕ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> ОБЩИЙ ДОХОД <input type="checkbox"/> ВЫПЛАТЫ ВETERАНАМ <input type="checkbox"/> Прочие государственные пособия <input type="checkbox"/> В НАТУРАЛЬНОМ ВИДЕ <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО <input type="checkbox"/> ПРОЧЕЕ: _____						Социальная страховка плательщика №	
15	РАБОТОДАТЕЛЬ			ДОЛЖНОСТЬ	В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ ТРУДОУСТРОЙСТВА, ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ЗАНЯТОСТИ			
16	АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ (в т. ч. город, штат, почтовый индекс)						ТЕЛ.	
17	СУПРУГ		АДРЕС (в т. ч. город, штат, почтовый индекс)			СОЦИАЛЬНАЯ СТРАХОВКА СУПРУГА №		
18	РАБОТОДАТЕЛЬ СУПРУГА			ДОЛЖНОСТЬ	В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ ТРУДОУСТРОЙСТВА, ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ЗАНЯТОСТИ			
19	АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ СУПРУГА (в т. ч. город, штат, почтовый индекс)						ТЕЛ.	
20	БЛИЖАЙШИЙ РОДСТВЕННИК/РОДСТВЕННИКИ		АДРЕС (в т. ч. город, штат, почтовый индекс)			ТЕЛ.		

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ UMDAP

21	ЛИКВИДНЫЕ АКТИВЫ	22	ЛьГОТИРУЕМЫЕ РАСХОДЫ	23	СКОРРЕКТИРОВАННЫЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД
	Сбережения \$ _____	Обязательные ежемесячные выплаты по решению суда \$ _____		ОБЩИЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	
	Расчетные счета \$ _____	Ежемесячные выплаты по уходу за детьми (необходимы при трудоустройстве) \$ _____		Собственный/плательщик \$ _____	
	IRA, CD, рыночная стоимость акций, облигаций и взаимных фондов \$ _____	Ежемесячные выплаты на содержание иждивенцев \$ _____		Супруг \$ _____	
	ОБЩИЕ ЛИКВИДНЫЕ АКТИВЫ \$ _____	Ежемесячные выплаты по медицинским расходам \$ _____		Другое \$ _____	
	Наименьший резерв по активам \$ _____	Ежемесячные обязательные отчисления из совокупного дохода в пенсионные планы. (не включают социальное страхование) \$ _____		ОБЩИЙ ДОХОД СЕМЬИ \$ _____	
	Оценка чистых активов \$ _____	Подтверждение льготированных расходов \$ _____		ВСЕГО ИЗ ЯЧЕЙКИ 21 + \$ _____	
	Ежемесячная оценка активов (деление чистых активов на 12) \$ _____			ПОДИТОГ + \$ _____	
				НАИМЕНЬШИЙ ИТОГ ИЗ ЯЧЕЙКИ 22 - \$ _____	
				Скорректированный ежемесячный доход \$ _____	
	ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНО <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНО <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНО <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНО <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
24	Количество в зависимости от скорректированного ежемесячного дохода (включая клиента)	ЕЖЕГОДНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ	ЕЖЕГОДНЫЙ ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД с _____ по _____	План оплаты \$ _____ в месяц за <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 _____ месяцев	

ДРУГОЕ

25	ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ЕЖЕГОДНОЙ ОПЛАТЫ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ГДЕ:	С	ПО	ТЕКУЩИЙ БАЛАНС ПО ЕЖЕГОДНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
26	ЕЖЕГОДНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СКОРРЕКТИРОВАНА	ДАТА	ПРИЧИНА КОРРЕКТИРОВКИ <input type="checkbox"/> TFA (введите дату подписи клиентом внизу) <input type="checkbox"/> Другое (опишите ниже)	
27	КОРРЕКТИРОВКА ЕЖЕГОДНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ОДОБРЕНА	ДАТА		
28	Ответственность UMDAP была разъяснена. ПОДПИСЬ ЛИЦА, ПРОВЕДИВШЕГО ОПРОС	ИМЯ И НОМЕР ПОСТАВЩИКА		
	Я подтверждаю, что, насколько мне известно, приведенные здесь утверждения верны и корректны и я соглашаюсь с планом платежей, указанным в строке 24.			
	ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ ФИНАНСОВО ОТВЕТСТВЕННОГО ЛИЦА	ДАТА		