

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PAGADOR

Consulte el código W&I, sección 5328

1	NOMBRE DEL CLIENTE		N.º de SS		N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE DMH		N.º DE REGISTRO FAMILIAR	
2	APELLIDO DE SOLTERA			FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SP	NOMBRE DEL CÓNYUGE/PAREJA/PAREJA DE HECHO		
3	CUIDADO TUTELAR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	VÍCTIMA DE DELITO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	VETERANO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	INDEMNIZACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	PERSONA SIN HOGAR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CALWORKS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	OTRAS POBLACIONES ESPECIALES:	
4	PROVEEDOR DE INFORMACIÓN FINANCIERA Nombre y dirección (Complete solo en caso de no ser el cliente o la persona responsable)							

INFORMACIÓN DE TERCEROS

5	MEDI-CAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL PLAN ECM	CÓDIGO DEL CONDADO/CÓDIGO DEL AID/ N.º DE CIN DE MEDI-CAL	HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	COSTO COMPARTIDO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	MONTO DE COSTO COMPARTIDO \$	MEDI-CAL PENDIENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
6	SSI PENDIENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE SOLICITUD SSI	DERIVADO PARA LA EVALUACIÓN DE BENEFICIOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO FECHA DE DERIVACIÓN		RAZÓN PARA NO SER DERIVADO A MEDI-CAL/SSI ELEGIBLE PARA LA EVALUACIÓN DE BENEFICIOS.		
7	MEDICARE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NÚMERO DE MEDICARE (MBI)	AUTORIZACIÓN FIRMADA DE VIGENCIA DE FIRMA EXTENDIDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO FECHA DE FIRMA		MEDI-GAP <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	TRICARE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CHAMPVA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DE LA ASEGURADORA		N.º DE IDENTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DEL SUSCRIPTOR	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	
9	DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA PARA RECLAMOS DE SALUD MENTAL				FIRMAS OBTENIDAS PARA LA AUTORIZACIÓN DE SEGUROS Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
10	HMO/PPO ADIC. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DE LA ASEGURADORA		N.º DE IDENTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DEL SUSCRIPTOR	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	
11	DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA PARA RECLAMOS DE SALUD MENTAL				FIRMAS OBTENIDAS PARA LA AUTORIZACIÓN DE SEGUROS Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

REFERENCIAS DEL PAGADOR (CLIENTE O PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE)

12	NOMBRE DEL PAGADOR		RELACIÓN CON EL CLIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SP	CDL/CAL U OTRA ID. DEL PAGADOR		
13	DIRECCIÓN DEL PAGADOR			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	N.º DE TELÉFONO	
14	FUENTE DE INGRESOS: <input type="checkbox"/> SUELDO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> SEGURO DE DESEMPLEO <input type="checkbox"/> SEGURO DE DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Otra asistencia pública <input type="checkbox"/> EN ESPECIE <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <input type="checkbox"/> OTRO: _____						N.º DE SS DEL PAGADOR	
15	EMPLEADOR			CARGO		SI ESTÁ DESEMPLEADO, FECHA DEL ÚLTIMO EMPLEO		
16	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (Incluya ciudad, estado y código postal)						N.º DE TELÉFONO	
17	CÓNYUGE			DIRECCIÓN (Incluya ciudad, estado y código postal)			N.º DE SS DEL CÓNYUGE	
18	EMPLEADOR DEL CÓNYUGE			CARGO		SI ESTÁ DESEMPLEADO, FECHA DEL ÚLTIMO EMPLEO		
19	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (Incluya ciudad, estado y código postal)						N.º DE TELÉFONO	
20	PARIENTE/RELACIÓN MÁS CERCANA			DIRECCIÓN (Incluya ciudad, estado y código postal)			N.º DE TELÉFONO	

DETERMINACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD UMDAP

21	ACTIVOS LÍQUIDOS	22	GASTOS PERMITIDOS	23	INGRESOS MENSUALES AJUSTADOS
	Ahorros \$ _____		Obligaciones ordenadas por la corte pagadas mensualmente \$ _____		INGRESOS MENSUALES BRUTOS
	Cuentas corrientes \$ _____		Pagos mensuales por cuidado de niños (necesarios para el empleo) \$ _____		Independiente/Pagador \$ _____
	Cuenta individual de jubilación (IRA), CD, Valor de mercado de las acciones, bonos y fondos mutuos \$ _____		Pagos mensuales de manutención dependiente \$ _____		Cónyuge \$ _____
	TOTAL DE ACTIVOS LÍQUIDOS \$ _____		Pagos mensuales de gastos médicos \$ _____		Otro \$ _____
	Menos la Provisión de Activos \$ _____		Deducciones obligatorias mensuales de los ingresos brutos para planes de jubilación (No incluye el Seguro Social) \$ _____		INGRESO TOTAL DEL HOGAR \$ _____
	Valorización del Activo Neto \$ _____		Total de gastos permitidos \$ _____		TOTAL DEL CUADRO 21 + \$ _____
	Valorización Mensual del Activo (Divida el Activo Neto entre 12) \$ _____				SUBTOTAL + \$ _____
					MENOS EL TOTAL DEL CUADRO 22 - \$ _____
					Ingresos Mensuales Ajustados \$ _____
	VERIFICACIÓN OBTENIDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		VERIFICACIÓN OBTENIDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		VERIFICACIÓN OBTENIDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
24	Número de Dependientes del Ingreso Mensual Ajustado (incluido el cliente)	RESPONSABILIDAD ANUAL	PERÍODO DE CARGA ANUAL DESDE _____ HASTA _____	Plan de pago \$ _____ mensual por <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 _____ meses	

OTRO

25	TRATAMIENTO PREVIO DE SALUD MENTAL DURANTE EL PERÍODO DE CARGA ANUAL ACTUAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DÓNDE:	DESDE	HASTA	SALDO ACTUAL DE LA RESPONSABILIDAD ANUAL
26	RESPONSABILIDAD ANUAL AJUSTADA POR	FECHA	MOTIVO DEL AJUSTE <input type="checkbox"/> TFA (ingrese a continuación la fecha de la firma del cliente) <input type="checkbox"/> Otro (describa a continuación)	
27	RESPONSABILIDAD ANUAL AJUSTADA APROBADA POR	FECHA		
28	Se proporcionó una explicación de la responsabilidad UMDAP FIRMA DEL ENTREVISTADOR	NOMBRE Y NÚMERO DEL PROVEEDOR		
	Afirmo que, a mi leal saber y entender, las declaraciones hechas aquí son verdaderas y correctas, y estoy de acuerdo con el plan de pago como se indica en la línea 24 FIRMA DEL CLIENTE O DE LA PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE	FECHA		