

IMPORMASYON NG KLIYENTE

LOS ANGELES COUNTY
DEPARTAMENTO NG KALUSUGAN NG PAG-IISIP
PINANSIYAL NA IMPORMASYON NG NAGBABAYAD

KUMPIDENSIAL NA IMPORMASYON NG KLIYENTE
Tingnan ang W & I Code, Seksyon 5328

1	PANGALAN NG KLIYENTE		SS #		DMH CLIENT ID #	REHISTRASYON NG PAMILYA #
2	PANGALAN SA PAGKADALAGA		PETA SA NG KAPANGANAKAN	KATAYUAN SA PAG-AASAWA <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> SP		PANGALAN NG ASAWA/KAPAREHA/IBA PANG KARELASYON
3	BAHAY AMPUNAN <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	BIKTIMA NG KRIMEN <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	BETERANO <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	KOMPENSASYON NG MANGGAGAWA <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	WALANG TIRAHAN <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	CALWORKS <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI
4	NAGBIBIGAY NG PINANSIYAL NA IMPORMASYON Pangalan at Address (Kumpletuhin lang kung iba pa kaysa sa kliyente o taong may pananagutan)					

IMPORMASYON NG THIRD PARTY

5	MEDI-CAL <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	PANGALAN NG ECM PLAN	MEDI-CAL COUNTY CODE /AID CODE/ CIN #	MALULUSOG NA PAMILYA <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	BAHAGI SA GASTOS <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	HALAGA NG SOC \$	PENDING ANG MEDI-CAL <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	
6	PENDING ANG SSI <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	PETA SA NG APLIKASYON NG SSI	NA-REFER PARA SA PAGTATAYA NG MGA BENEPIYSO <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI PETA SA NG PAG-REFER		DAHILAN NG HINDI PAG-REFER SA KUWALIPIKADO SA MEDI-CAL/SSI SA PAGTATASA NG MGA BENEPIYSO			
7	MEDICARE <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	NUMERO NG MEDICARE (MBI)	NALAGDAAN ANG AWTORISASYON SA HABAMBUHAY NA PINALAWIG NA LAGDA <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI PETA SA NG PAGLAGDA			MEDI-GAP <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	TRICARE <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	CHAMPVA <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	PANGALAN NG KOMPANYA NG INSURANCE		POLICY ID # NG SUBSCRIBER	PANGALAN NG SUBSCRIBER		
9	ADDRESS NG KOMPANYA NG INSURANCE PARA SA MENTAL HEALTH CLAIM				NAKUHA ANG MGA LAGDA SA AWTORISASYON SA INSURANCE AT PAGTATALAGA NG MGA BENEPIYSO <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI			
10	HMO/PPO <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	PANGALAN NG KOMPANYA NG INSURANCE		POLICY ID # NG SUBSCRIBER	PANGALAN NG SUBSCRIBER		
11	ADDRESS NG KOMPANYA NG INSURANCE PARA SA MENTAL HEALTH CLAIM				NAKUHA ANG MGA LAGDA SA AWTORISASYON SA INSURANCE AT PAGTATALAGA NG MGA BENEPIYSO <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI			

MGA SANGGUNIAN NG NAGBAYAD (KLIYENTE O TAONG MAY PINANSIYAL NA PANANAGUTAN)

12	PANGALAN NG NAGBABAYAD	KAUGNAYAN SA KLIYENTE	PETA SA NG KAPANGANAKAN	KATAYUAN SA PAG-AASAWA <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> SP	CDL/CAL ID/IBA PANG ID NG NAGBABAYAD	
13	ADDRESS NG NAGBABAYAD		LUNGSOD	ESTADO	ZIP CODE	TEL #
14	PINAGMUMULAN NG KINIKITA: <input type="checkbox"/> SUWELDO <input type="checkbox"/> SARILING HANAPBUHAY <input type="checkbox"/> INSURANCE SA KAWALAN NG TRABAHO <input type="checkbox"/> INSURANCE SA KAPANSANAN <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Iba Pang Pampublikong Tulong <input type="checkbox"/> IN-KIND <input type="checkbox"/> HINDI KILALA				SS # NG NAGBABAYAD	
15	EMPLOYER		POSISYON		KUNG HINDI NAGTATRABAHO, PETA SA NG HULING PAGTATRABAHO	
16	ADDRESS NG EMPLOYER (Isama ang Lungsod, Estado at Zip Code)				TEL #	
17	ASAWA		ADDRESS (Isama ang Lungsod, Estado at Zip Code)			SS # NG ASAWA
18	EMPLOYER NG ASAWA		POSISYON		KUNG HINDI NAGTATRABAHO, PETA SA NG HULING PAGTATRABAHO	
19	ADDRESS NG EMPLOYER NG ASAWA (Isama ang Lungsod, Estado at Zip Code)				TEL #	
20	PINAKAMALAPIT NA KAMAG-ANAK/RELASYON		ADDRESS (Isama ang Lungsod, Estado at Zip Code)			TEL #

PAGPAPASAYA NG PANANAGUTAN NG UMDAP

24	21 MGA LIQUID NA ASSET	22 MGA PINAPAYAGANG GASTOS	23 NA-ADJUST NA BUWANANG KITA
	Savings \$ _____ Mga Checking Account \$ _____ IRA, CD, Market value ng mga stock, bond at mutual funds \$ _____ KABUUANG LIQUID NA ASSET \$ _____ Pagkatapos Alisin ang Asset Allowance \$ _____ Neto na Pagtatasa ng Asset Buwanang Pagtatasa ng Asset (Hatiin ang Net Asset sa 12) \$ _____	Mga obligasyon na iniutos ng korte na bayaran bawat buwan \$ _____ Mga buwanang bayad sa pangangalaga ng bata (kinakailangan para sa trabaho) \$ _____ Mga buwanang bayad sa suporta sa sinusistentuhan \$ _____ Mga buwanang bayad sa medikal na gastos \$ _____ Mga buwanang ipinag-uutos na pagbabawas mula sa kabuuang kinikita para sa mga plano sa pagreretiro. (Huwag isama ang Social Security) \$ _____ Kabuuang Mga Pinapayagang Gastos \$ _____	KABUUANG BUWANANG KITA Sarili/Nagbabayad \$ _____ Asawa \$ _____ Iba pa \$ _____ KABUUANG KITA NG SAMBAHAYAN \$ _____ KABUUAN MULA SA BOX 21 + \$ _____ SUBTOTAL + \$ _____ PAGKATAPOS ALISIN ANG TOTAL MULA SA BOX 22 - \$ _____ Na-adjust na Buwanang Kita \$ _____
	NAKUHA ANG KUMPIRMASYON <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	NAKUHA ANG KUMPIRMASYON <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	NAKUHA ANG KUMPIRMASYON <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI
	Bilang ng Sinusistentuhan sa Na-adjust na Buwanang Kita (Kasama ang kliyente)	TAUNANG PANANAGUTAN	TAUNANG PANAHON NG PAGINGIL MULA _____ HANGGANG _____
			Planong Pagbabayad \$ _____ bawat buwan para sa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 na buwan

IBA PA

25	NAUNANG PAGGAMOT sa KALUSUGAN NG PAG-IISIP SA KASALUKUYANG TAUNANG PANAHON NG PAGINGIL <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI SAAN:	MULA	HANGGANG	KASALUKUYANG BALANSE SA TAUNANG PANANAGUTAN
26	TAUNANG PANANAGUTAN NA NA-ADJUST NI PAG-ADJUST NG TAUNANG PANANAGUTAN AY INAPRUBAHAN NI	PETA SA	PETA SA	DAHILAN NG PAG-ADJUST <input type="checkbox"/> TFA (ilagay ang petsa ng paglagda ng kliyente sa ibaba) <input type="checkbox"/> Iba pa (ilarawan sa ibaba)
27	Nagbigay ng paliwanag sa pananagutan SA UMDAP. LAGDA NG TAGAPANAYAM			PANGALAN AT NUMERO NG PROVIDER
28	Pinatunayan ko na ang mga pahayag na ginawa dito ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman at sumasang-ayon ako sa plano ng pagbabayad tulad ng nakasaad sa linya 24 LAGDA NG KLIYENTE O TAONG MAY PINANSIYAL NA PANANAGUTAN			PETA SA