

ข้อมูลทางการเงินของผู้ชำระเงิน

ข้อมูลลูกค้า

1	ชื่อลูกค้า	หมายเลข SS	ชื่อหมายเลข DMH ID ของลูกค้า	หมายเลขทะเบียนครอบครัว			
2	ชื่อสกุลก่อนแต่งงาน	วันเกิด	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> แต่งงาน <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> แยกทาง	ชื่อคู่สมรส/คู่ชีวิต/บุคคลอื่นที่สำคัญ			
3	ครอบครัวอุปถัมภ์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	เหยื่ออาชญากรรม <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ทหารผ่านศึก <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	คำสินไหมทดแทนสำหรับลูกจ้าง <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ไม่มีที่อยู่อาศัย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	การดำเนินการด้านสวัสดิการของรัฐแคลิฟอร์เนีย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ประชากรกลุ่มพิเศษ:
4	ชื่อและที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลทางการเงิน (กรอกเฉพาะกรณี <u>อื่น</u> ที่ไม่ใช่ลูกค้าหรือผู้รับผิดชอบ)						

ข้อมูลของบุคคลที่สาม

5	MEDI-CAL <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ชื่อแผน ECM	รหัสเคาน์ตี MEDI-CAL/รหัส AID/หมายเลข CIN	ครอบครัวสุขภาพดี <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ส่วนแบ่งค่าใช้จ่าย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	จำนวนส่วนแบ่งของค่าใช้จ่าย \$	MEDI-CAL อยู่ระหว่างรอดำเนินการ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6	SSI อยู่ระหว่างรอดำเนินการ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	วันที่สมัคร SSI	อ้างอิงการประเมินสิทธิประโยชน์ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ วันที่อ้างอิง	เหตุผลที่อ้างอิงถึง MEDI-CAL/SSI ที่มีสิทธิรับการประเมินสิทธิประโยชน์			
7	MEDICARE <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	หมายเลข MEDICARE (MBI)	ลงชื่อการอนุมัติลายเซ็นแบบขยายอายุการใช้งานแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ วันที่ลงชื่อ	MEDI-GAP <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	TRICARE <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	CHAMPVA <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	สิทธิประโยชน์ของ MEDICARE <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ชื่อของผู้ให้บริการ	หมายเลข ID นโยบายสมาชิก	ชื่อสมาชิก		
9	ที่อยู่ของผู้ให้บริการสำหรับการเรียกวงเงินด้านสุขภาพจิต				ได้รับลายเซ็นสำหรับการอนุมัติการประกันภัยและการโอนผลประโยชน์แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
10	ADD'L HMO/PPO <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	สิทธิประโยชน์ของ MEDICARE <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	ชื่อของผู้ให้บริการ	หมายเลข ID นโยบายสมาชิก	ชื่อสมาชิก		
11	ที่อยู่ของผู้ให้บริการสำหรับการเรียกวงเงินด้านสุขภาพจิต				ได้รับลายเซ็นสำหรับการอนุมัติการประกันภัยและการโอนผลประโยชน์แล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		

ข้อมูลอ้างอิงของผู้ชำระเงิน (ลูกค้าหรือผู้รับผิดชอบทางการเงิน)

12	ชื่อของผู้ชำระเงิน	ความสัมพันธ์กับลูกค้า	DOB	สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> แต่งงาน <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> แยกทาง	CDL ของผู้ชำระเงิน/CAL ID/ID อื่นๆ
13	ที่อยู่ของผู้ชำระเงิน	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	หมายเลขโทรศัพท์
14	แหล่งที่มาของรายได้: <input type="checkbox"/> เงินเดือน <input type="checkbox"/> อาชีพอิสระ <input type="checkbox"/> ประกันการว่างงาน <input type="checkbox"/> ประกันทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> กิจการเกี่ยวกับการสงเคราะห์อื่น ๆ <input type="checkbox"/> ค่าตอบแทน <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> อื่นๆ: _____				หมายเลข SS ของผู้ชำระเงิน
15	นายจ้าง	ตำแหน่ง	หากว่างงาน ให้ลงวันที่ทำงานล่าสุด		
16	ที่อยู่ของนายจ้าง (รวมถึงเมือง รัฐ และรหัสไปรษณีย์)				หมายเลขโทรศัพท์
17	คู่สมรส	ที่อยู่ (รวมถึงเมือง รัฐ และรหัสไปรษณีย์)	หมายเลข SS ของคู่สมรส		
18	นายจ้างของคู่สมรส	ตำแหน่ง	หากว่างงาน ให้ลงวันที่ทำงานล่าสุด		
19	ที่อยู่ของนายจ้างของคู่สมรส (รวมถึงเมือง รัฐ และรหัสไปรษณีย์)				หมายเลขโทรศัพท์
20	ญาติ/ผู้เกี่ยวข้องที่ใกล้ชิดที่สุด	ที่อยู่ (รวมถึงเมือง รัฐ และรหัสไปรษณีย์)	หมายเลขโทรศัพท์		

การกำหนดความรับผิดชอบของ UMDAP

21	สินทรัพย์สภาพคล่อง	22	ค่าใช้จ่ายที่อนุญาต	23	รายได้ต่อเดือนหลังการปรับ
	เงินออม \$ _____		ศาลสั่งให้ชำระหนี้เป็นรายเดือน \$ _____		รายได้รวมต่อเดือน
	บัญชีกระแสรายวัน \$ _____		ค่าดูแลเด็กรายเดือน (จำเป็นสำหรับการจ้างงาน) \$ _____		ตนเอง/ผู้ชำระเงิน \$ _____
	IRA, CD, มูลค่าตลาดของหุ้น, ตราสารหนี้และกองทุนรวม \$ _____		การชำระเงินสนับสนุนผูกพันรายเดือน \$ _____		คู่สมรส \$ _____
	สินทรัพย์สภาพคล่องทั้งหมด \$ _____		ค่ารักษาพยาบาลรายเดือน \$ _____		อื่นๆ \$ _____
	หักค่าเผื่อสินทรัพย์ \$ _____		การหักเงินที่ได้รับคำสั่งรายเดือนจากรายได้ \$ _____		รายได้ในครัวเรือนทั้งหมด \$ _____
	การประเมินมูลค่าทรัพย์สินสุทธิ \$ _____		รวมสำหรับแผนการเกษียณอายุ (ไม่รวมประกันสังคม) \$ _____		ทั้งหมดจากช่องที่ 21 + \$ _____
	การประเมินมูลค่าทรัพย์สินต่อเดือน (หารสินทรัพย์สุทธิด้วย 12) \$ _____		ค่าใช้จ่ายที่อนุญาตทั้งหมด \$ _____		ยอดรวม + \$ _____
	ได้รับการตรวจสอบแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		ได้รับการตรวจสอบแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		หักยอดทั้งหมดจากช่องที่ 22 - \$ _____
	จำนวนขึ้นอยู่กับรายได้ต่อเดือนหลังการปรับ (รวมถึงลูกค้า)	หนี้สินรายปี	ระยะเวลาการเรียกเก็บเงินรายปี		รายได้ต่อเดือนหลังการปรับ \$ _____
		ตั้งแต่ _____	ถึง _____		ได้รับการตรวจสอบแล้ว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
24				แผนการชำระเงิน \$ _____ ต่อเดือน เป็นเวลา <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 _____ เดือน	

อื่นๆ

25	การรักษาสุขภาพจิตก่อนหน้าระหว่างระยะเวลาการเรียกเก็บเงินรายปีปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่: _____	จาก	ถึง	ยอดคงเหลือของหนี้สินรายปีในปัจจุบัน
26	หนี้สินรายปีที่ปรับโดย	วันที่	เหตุผลที่ปรับ <input type="checkbox"/> TFA (กรอกวันที่ลูกค้าลงนามด้านล่าง) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (อธิบายด้านล่าง)	
26	การปรับหนี้สินรายปีที่อนุมัติโดย	วันที่		
27	มีการให้คำอธิบายเกี่ยวกับหนี้สินของ UMDAP ลายเซ็นของผู้สัมภาษณ์		ชื่อและหมายเลขของผู้ให้บริการ	
28	ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลในที่นี่เป็นจริงและถูกต้องตามความรู้ของข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายอมรับแผนการชำระเงินตามที่ระบุไว้ในบรรทัดที่ 24 ลายเซ็นของลูกค้า หรือผู้รับผิดชอบทางการเงิน		วันที่	