

CLIENT INFORMATION

PAYER FINANCIAL INFORMATION

1 CLIENT NAME	SS #	DMH CLIENT ID #	FAMILY REGISTRATION #
2 MAIDEN NAME	DOB	MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> SP	SPOUSE/PARTNER/SIGNIFICANT OTHER'S NAME
3 FOSTER CARE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VICTIMS OF CRIME <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VETERAN <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	WORKER'S COMP <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
		HOMELESS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CALWORKS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
4 PROVIDER OF FINANCIAL INFORMATION Name and Address (Complete only if other than the client or responsible person)			

THIRD PARTY INFORMATION

5 MEDI-CAL <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	ECM PLAN NAME	MEDI-CAL COUNTY CODE /AID CODE/ CIN #	HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SHARE OF COST <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SOC AMT \$	MEDI-CAL PENDING <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
6 SSI PENDING <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SSI APPLICATION DATE	REFERRED FOR BENEFITS ASSESSMENT <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DATE REFERRED	REASON FOR NOT REFERRING MEDI-CAL/SSI ELIGIBLE TO BENEFITS ASSESSMENT			
7 MEDICARE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MEDICARE NUMBER (MBI)	LIFETIME EXTENDED SIGNATURE AUTHORIZATION SIGNED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DATE SIGNED	MEDI-GAP <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	TRICARE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CHAMPVA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
8 HMO/PPO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NAME OF CARRIER	SUBSCRIBER POLICY ID #	SUBSCRIBER NAME		
9 CARRIER ADDRESS FOR MENTAL HEALTH CLAIMS				INSURANCE AUTHORIZATION & ASSIGNMENT OF BENEFITS SIGNATURES OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
10 ADD'L HMO/PPO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NAME OF CARRIER	SUBSCRIBER POLICY ID #	SUBSCRIBER NAME		
11 CARRIER ADDRESS FOR MENTAL HEALTH CLAIMS				INSURANCE AUTHORIZATION & ASSIGNMENT OF BENEFITS SIGNATURES OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		

PAYER REFERENCES (CLIENT OR FINANCIALLY RESPONSIBLE PERSON)

12 NAME OF PAYER	RELATION TO CLIENT	DOB	MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> SP	PAYER CDL/CAL ID/OTHER ID
13 PAYER'S ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE	TEL #
14 SOURCE OF INCOME: <input type="checkbox"/> SALARY <input type="checkbox"/> SELF EMPLOYED <input type="checkbox"/> UNEMPLOYMENT INSURANCE <input type="checkbox"/> DISABILITY INSURANCE <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Other Public Assistance <input type="checkbox"/> IN-KIND <input type="checkbox"/> UNKNOWN <input type="checkbox"/> OTHER:				PAYER SS #
15 EMPLOYER		POSITION		IF NOT EMPLOYED, DATE LAST WORKED
16 EMPLOYER'S ADDRESS (Include City, State & Zip Code)				TEL #
17 SPOUSE		ADDRESS (Include City, State & Zip Code)		SPOUSE'S SS #
18 SPOUSE'S EMPLOYER		POSITION		IF NOT EMPLOYED, DATE LAST WORKED
19 SPOUSE'S EMPLOYER'S ADDRESS (Include City, State & Zip Code)				TEL #
20 NEAREST RELATIVE/RELATIONSHIP		ADDRESS (Include City, State & Zip Code)		TEL #

UMDAP LIABILITY DETERMINATION

21 LIQUID ASSETS	22 ALLOWABLE EXPENSES	23 ADJUSTED MONTHLY INCOME
Savings \$ _____	Court ordered obligations paid monthly \$ _____	GROSS MONTHLY INCOME Self/Payer \$ _____
Checking Accounts \$ _____	Monthly childcare payments (necessary for employment) \$ _____	Spouse \$ _____
IRA, CD, Market value of stocks, bonds and mutual funds \$ _____	Monthly dependent support payments \$ _____	Other \$ _____
TOTAL LIQUID ASSETS \$ _____	Monthly medical expense payments \$ _____	TOTAL HOUSEHOLD INCOME \$ _____
Less Asset Allowance \$ _____	Monthly mandated deductions from gross income for retirement plans. (Do not include Social Security) \$ _____	TOTAL FROM BOX 21 + \$ _____
Net Asset Valuation \$ _____	Total Allowable Expenses \$ _____	SUBTOTAL + \$ _____
Monthly Asset Valuation (Divide Net Asset by 12) \$ _____		LESS TOTAL FROM BOX 22 - \$ _____
VERIFICATION OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VERIFICATION OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Adjusted Monthly Income \$ _____
24 Number Dependent on Adjusted Monthly Income (Client included)	ANNUAL LIABILITY	VERIFICATION OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	ANNUAL CHARGE PERIOD FROM _____ TO _____	Payment Plan \$ _____ per month for <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 months

OTHER

25 PRIOR MENTAL HEALTH TREATMENT DURING CURRENT ANNUAL CHARGE PERIOD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO WHERE:	FROM	TO	CURRENT ANNUAL LIABILITY BALANCE
26 ANNUAL LIABILITY ADJUSTED BY	DATE	REASON ADJUSTED <input type="checkbox"/> TFA (enter date client signed below) <input type="checkbox"/> Other (describe below)	
ANNUAL LIABILITY ADJUSTMENT APPROVED BY	DATE		
27 An explanation of the UMDAP liability was provided. SIGNATURE OF INTERVIEWER	PROVIDER NAME AND NUMBER		
28 I affirm that the statements made herein are true and correct to the best of my knowledge and I agree to the payment plan as stated on line 24 SIGNATURE OF CLIENT OR FINANCIALLY RESPONSIBLE PERSON			
DATE			

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)	
26	RESPONSABILIDAD ANUAL AJUSTADA APROBADA POR	FECHA		
27	Se proporcionó una explicación de la responsabilidad UMDAP FIRMA DEL ENTREVISTADOR			NOMBRE Y NÚMERO DEL PROVEEDOR
28	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		