

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			

患者情報

支払者財務情報

W & Iコード、セクション 5328 をご覧ください

1	患者名	社会保障番号	DMH(精神衛生局)患者 ID 番号	家族登録番号			
2	旧姓	生年月日	婚姻状況 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別	配偶者/パートナー/大切な人の氏名			
3	里親制度 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	犯罪被害者 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	退役軍人 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	労災保険 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	ホームレス <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	CALWORKS (カリフォルニア州における公的扶助制度) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	その他の特別対応者:
4	財務情報の提供者氏名および住所 (患者または責任者以外の場合のみ記入)						

第三者情報

5	MEDI-CAL <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	ECM プラン名	MEDI-CAL 郡コード/AID コード/CIN 番号	HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	費用負担 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	社会保険 \$	MEDI-CAL 保留 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	SSI(補足的所得補償) 保留 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	SSI(補足的所得補償)申請日	給付査定のための紹介 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 紹介日	MEDI-CAL/SSI(補足的所得補償)対象者が給付査定に紹介されなかった理由			
7	MEDICARE <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	MEDICARE 番号 (MBI)	署名による承認の終身継続承認署名済み <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 署名日	MEDI-GAP <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	TRICARE <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	CHAMPVA(退役軍人局プログラム) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	保険会社名	契約者ポリシーID 番号	契約者名		
9	精神医療請求のための保険会社住所			保険承認および署名済みの給付金受給権譲渡書 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
10	ADD'L HMO/PPO <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	保険会社名	契約者ポリシーID 番号	契約者名		
11	精神医療請求のための保険会社住所			保険承認および署名済みの給付金受給権譲渡書 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

支払者照会先 (患者または経済的責任者)

12	支払者氏名	患者との関係	生年月日	婚姻状況 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別	支払者 CDL/CAL ID/その他の ID
13	支払者の住所	市	州	郵便番号	電話番号
14	収入源: <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 失業保険 <input type="checkbox"/> 障害保険 <input type="checkbox"/> SSI (補足的所得補償) <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> その他の公的扶助 <input type="checkbox"/> 現物 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他: _____				支払者社会保障番号
15	雇用者	役職			無職の場合、最終勤務日
16	雇用者の住所 (市・州・郵便番号を含む)				電話番号
17	配偶者	住所 (市・州・郵便番号を含む)			配偶者の社会保障番号
18	配偶者の雇用者	役職			無職の場合、最終勤務日
19	配偶者の雇用者の住所 (市・州・郵便番号を含む)				電話番号
20	最も近い親族/関係	住所 (市・州・郵便番号を含む)			電話番号

UMDAP 責任判定

21	流動資産	22	許容経費	23	調整後月収
貯金	\$ _____	裁判所命令による月々の支払い義務	\$ _____	総月収	\$ _____
預金口座	\$ _____	保育にかかる月々の支払い (就業に必要なもの)	\$ _____	本人/支払者	\$ _____
IRA、CD、株式・債券・投資	\$ _____	家族の扶養にかかる月々の支払い	\$ _____	配偶者	\$ _____
信託の時価総額	\$ _____	月々の医療費の支払い	\$ _____	その他	\$ _____
総流動資産	\$ _____	総収入から退職年金への月々の必須控除 (社会保障は含まない)	\$ _____	世帯収入合計	\$ _____
資産控除	\$ _____	許容経費の合計	\$ _____	ボックス 21 の合計	+ \$ _____
純資産評価額	\$ _____	確認済 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		小計	+ \$ _____
毎月の純資産評価額 (純資産を 12 で割ったもの)	\$ _____			ボックス 22 の合計を差し引いたもの	\$ _____
確認済 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				調整後月収	\$ _____
調整後月収による人数 (患者を含む)	年間責任負担額	年間請求期間	支払いプラン \$ _____ / 月		
		から _____ まで _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 月分		

その他

25	現在の年間請求期間中に過去受けた精神保健治療 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 受けた場所:	開始日	終了日	現在の年間責任負担残額
26	年間負担調整額	日付	調整理由 <input type="checkbox"/> TFA (以下に患者署名日を記入) <input type="checkbox"/> その他 (以下に記述)	
26	年間負担調整承認額	日付		
27	UMDAP 責任について説明がありました。 担当者の署名	説明者名および番号		
28	ここに記載された内容は、私の知る限り真実かつ正確であることを認め、24 行目に記載された支払計画に同意します。			
	患者の署名 または経済的責任者の署名	日付		