

**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 <b>other</b> 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 \$ _____
<b>TOTAL LIQUID ASSETS</b> \$ _____	Monthly medical expense payments \$ _____	<b>TOTAL HOUSEHOLD INCOME</b> \$ _____
Less Asset Allowance \$ _____	Monthly mandated deductions from gross income for retirement plans. (Do not include Social Security) \$ _____	TOTAL FROM BOX 21 + \$ _____
Net Asset Valuation \$ _____	<b>Total Allowable Expenses</b> \$ _____	SUBTOTAL + \$ _____
<b>Monthly Asset Valuation (Divide Net Asset by 12)</b> \$ _____		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	<b>Adjusted Monthly Income</b> \$ _____
24 Number Dependent on Adjusted Monthly Income (Client included)	<b>ANNUAL LIABILITY</b>	VERIFICATION OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	<b>ANNUAL CHARGE PERIOD</b> 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 \_\_\_\_\_

क्लाइंट की जानकारी

भुगतानकर्ता की वित्तीय जानकारी

W & I Code (डब्ल्यू एंड आई कोड), धारा 5328 देखें

1	क्लाइंट का नाम	सोशल सिक्योरिटी नम्बर	DMH क्लाइंट आईडी नम्बर	परिवार पंजीकरण नम्बर			
2	विवाहपूर्व उपनाम	जन्म की तारीख	वैवाहिक स्थिति <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> अविवाहित <input type="checkbox"/> तलाकशुदा <input type="checkbox"/> विधवा/विधुर <input type="checkbox"/> अलग-अलग	पति-पत्नी/सहभागी/विशेष अन्य का नाम			
3	पालन पोषण संबंधी देखभाल <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	अपराध के शिकार <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	सेवानियुक्त सैनिक <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	कर्मचारियों का मुआवजा <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	बेघर <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	CALWORKS <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	अन्य विशेष जनसंख्या:
4	वित्तीय जानकारी के प्रदाता का नाम और पता (केवल क्लाइंट या उत्तरदायी व्यक्ति से अलग कोई अन्य व्यक्ति होने पर ही भरें)						

तृतीय पक्ष की जानकारी

5	MEDI-CAL <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	ECM प्लैन का नाम	MEDI-CAL काउंटी कोड/सहायता कोड/ CIN नम्बर	स्वस्थ परिवार <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	लागत का हिस्सा <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	लागत के हिस्से की राशि \$	MEDI-CAL लवित <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
6	SSI लंबित <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	SSI के आवेदन की तारीख	लाभ मूल्यांकन के लिए संदर्भित <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	संदर्भ करने की तारीख	लाभ मूल्यांकन के लिए पात्र MEDI-CAL/SSI को संदर्भित नहीं करने का कारण		
7	MEDICARE <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	MEDICARE नम्बर (MBI)	आजीवन विस्तारित हस्ताक्षर अनुमोदन पर हस्ताक्षर किए गए <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	हस्ताक्षर करने की तारीख	MEDI-GAP <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	TRICARE <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	CHAMPVA <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	वाहक का नाम	सब्सक्राइबर पॉलिसी आईडी नम्बर	सब्सक्राइबर का नाम		
9	मानसिक स्वास्थ्य दावों के लिए वाहक का पता				बीमा प्राधिकरण और लाभां का आबंटन हस्ताक्षर प्राप्त किये गये <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
10	अतिरिक्त HMO/PPO <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	वाहक का नाम	सब्सक्राइबर पॉलिसी आईडी नम्बर	सब्सक्राइबर का नाम		
11	मानसिक स्वास्थ्य दावों के लिए वाहक का पता				बीमा प्राधिकरण और लाभां का आबंटन हस्ताक्षर प्राप्त किये गये <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		

भुगतानकर्ता संदर्भ (क्लाइंट या वित्तीय रूप से उत्तरदायी व्यक्ति)

12	भुगतानकर्ता का नाम	क्लाइंट के साथ संबंध	जन्म की तारीख	वैवाहिक स्थिति <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> अविवाहित <input type="checkbox"/> तलाकशुदा <input type="checkbox"/> विधवा/विधुर <input type="checkbox"/> अलग	भुगतानकर्ता CDL/CAL आईडी/अन्य आईडी
13	भुगतानकर्ता का पता	शहर	राज्य	ज़िप कोड	टेलीफोन नम्बर
14	आय का स्रोत: <input type="checkbox"/> वेतन <input type="checkbox"/> स्व नियोजित <input type="checkbox"/> बेरोजगार बीमा <input type="checkbox"/> विकलांगता बीमा <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> अन्य सार्वजनिक सहायता <input type="checkbox"/> वस्तु के रूप में <input type="checkbox"/> अज्ञात <input type="checkbox"/> अन्य:	भुगतानकर्ता का सोशल सिक्योरिटी नम्बर			
15	नियोक्ता	पदभार	नियोजित नहीं होने पर, पिछली बार काम करने के आखिरी दिन की तारीख		
16	नियोक्ता का पता (शहर, राज्य और ज़िप कोड सहित)				टेलीफोन नम्बर
17	जीवन-साथी	पता (शहर, राज्य और ज़िप कोड सहित)	जीवन-साथी का सोशल सिक्योरिटी नम्बर		
18	जीवन-साथी का नियोक्ता	पदभार	नियोजित नहीं होने पर, पिछली बार काम करने के आखिरी दिन की तारीख		
19	जीवन-साथी के नियोक्ता का पता (शहर, राज्य और ज़िप कोड सहित)				टेलीफोन नम्बर
20	करीबी रिश्तेदार/संबंध	पता (शहर, राज्य और ज़िप कोड सहित)	टेलीफोन नम्बर		

UMDAP दायित्व निर्धारण

21	<b>चल संपत्ति</b>	<b>22 स्वीकार्य खर्च</b>	<b>23 समायोजित मासिक आय</b>
बचत खाते	\$ _____	न्यायालय द्वारा आदेश किये गये दायित्वों का मासिक भुगतान	सकल मासिक आय स्व/भुगतानकर्ता
चैकिंग खाते	\$ _____	मासिक शिशु पालन भुगतान (रोजगार के लिए आवश्यक)	पति-पत्नी
IRA, CD, स्टॉक, बांड्स और म्यूचुअल फंड्स का बाजार मूल्य	\$ _____	मासिक आश्रित सहायता भुगतान	अन्य
<b>कुल चल संपत्ति</b>	\$ _____	मासिक चिकित्सा खर्च भुगतान	कुल पारिवारिक आय
कम संपत्ति भत्ता	\$ _____	सेवानियुक्ति प्लैनों के लिए सकल आय से मासिक अनिवार्य कटौती। (सामाजिक सुरक्षा (सरकार द्वारा वृद्धावस्था बीमा) शामिल न करें)	बॉक्स 21 से कुल
कुल संपत्ति मूल्यांकन	\$ _____	<b>कुल स्वीकार्य खर्च</b>	कुल
<b>मासिक संपत्ति मूल्यांकन (कुल संपत्ति को 12 से विभाजित करें)</b>	\$ _____		बॉक्स 22 से घटाया गया कुल
			<b>समायोजित मासिक आय</b>
सत्यापन प्राप्त हुआ <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		सत्यापन प्राप्त हुआ <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	सत्यापन प्राप्त हुआ <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
समायोजित मासिक आय पर आश्रितों की संख्या (क्लाइंट सहित)	<b>वार्षिक दायित्व</b>	<b>वार्षिक प्रभार अवधि</b>	भुगतान योजना \$ _____ प्रति माह <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 महीनों के लिए

अन्य

25	वर्तमान वार्षिक शुल्क अर्वाधि के दौरान पूर्व मानसिक स्वास्थ्य उपचार <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं कहां:	इससे:	तक:	वर्तमान वार्षिक दायित्व बकाया
26	वार्षिक दायित्व इससे समायोजित किये गये इनके द्वारा अनुमोदित वार्षिक दायित्व समायोजन	तारीख	समायोजित <input type="checkbox"/> TFA का कारण (नीचे क्लाइंट द्वारा किए गए हस्ताक्षर की तारीख दर्ज करें) <input type="checkbox"/> अन्य (नीचे वर्णित)	
27	UMDAP दायित्व का स्पष्टीकरण प्रदान किया गया था। साक्षात्कारकर्ता के हस्ताक्षर	प्रदाता का नाम और नम्बर		
28	मैं पुष्टि करता/ती हूँ कि यहाँ दिए गए कथन मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सत्य और सही हैं और मैं लाइन 24 पर बताई गई भुगतान योजना से सहमत हूँ। क्लाइंट के हस्ताक्षर या वित्तीय रूप से उत्तरदायी व्यक्ति के तारीख			