LOS ANGELES COUNTY
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

PAYER FINANCIAL INFORMATION

CONFIDENTIAL CLIENT INFORMATION
See W & I Code, Section 5328

CLIENT INFORMATION

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

THIRD PARTY INFORMATION

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

PAYER REFERENCES (CLIENT OR FINANCIALLY RESPONSIBLE PERSON)

12. NAME OF PAYER | RELATION TO CLIENT | DOB | MARITAL STATUS ☐M ☐S ☐D ☐ W ☐SP | PAYER CDL/CAL ID/OTHER ID
13. PAYER'S ADDRESS | CITY | STATE | ZIP CODE | TEL #
14. SOURCE OF INCOME: ☐SALARY ☐SELF EMPLOYED ☐UNEMPLOYMENT INSURANCE ☐DISABILITY INSURANCE ☐SSI ☐GR ☐VA ☐Other Public Assistance ☐IN-KIND ☐UNKNOWN ☐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

- Savings $______________
- Checking Accounts $______________
- IRA, CD, Market value of stocks, bonds and mutual funds $______________
- **TOTAL LIQUID ASSETS** $______________
- Less Asset Allowance $______________
- Net Asset Valuation $______________
- **Monthly Asset Valuation (Divide Net Asset by 12)** $______________

VERIFICATION OBTAINED ☐YES ☐NO

22 ALLOWABLE EXPENSES

- Court ordered obligations paid monthly $______________
- Monthly childcare payments (necessary for employment) $______________
- Monthly dependent support payments $______________
- Monthly medical expense payments $______________
- Monthly mandated deductions from gross income for retirement plans. (Do not include Social Security) $______________
- **Total Allowable Expenses** $______________

VERIFICATION OBTAINED ☐YES ☐NO

23 ADJUSTED MONTHLY INCOME

- GROSS MONTHLY INCOME Self/Payer $______________
- Spouse $______________
- Other $______________
- TOTAL HOUSEHOLD INCOME $______________
- TOTAL FROM BOX 21 + $______________
- SUBTOTAL + $______________
- LESS TOTAL FROM BOX 22 - $______________
- **Adjusted Monthly Income** $______________

VERIFICATION OBTAINED ☐YES ☐NO

24. Number Dependent on Adjusted Monthly Income (Client included) | **ANNUAL LIABILITY** | **ANNUAL CHARGE PERIOD** **FROM** ______________ **TO** __________________ | Payment Plan $______________per month for ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 _____ months

OTHER

25. PRIOR MENTAL HEALTH TREATMENT DURING CURRENT ANNUAL CHARGE PERIOD ☐YES ☐NO WHERE: | FROM | TO | CURRENT ANNUAL LIABILITY BALANCE
26. ANNUAL LIABILITY ADJUSTED BY | DATE | REASON ADJUSTED ☐TFA (enter date client signed below) ☐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

ខោនធី LOS ANGELES
នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត

ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកបង់ប្រាក់

ព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអតិថិជន
មើលក្រម W & I ផ្នែកលេខ 5328

ព័ត៌មានអតិថិជន

#							
1	ឈ្មោះអតិថិជន	SS #	ID សម្គាល់អតិថិជនរបស់ DMH #	ការចុះឈ្មោះគ្រួសារ #			
2	ត្រកូល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ☐M ☐S ☐D ☐W ☐SP	ឈ្មោះរបស់ប្ដីប្រពន្ធ/ដៃគូ/មនុស្សសំខាន់			
3	ការថែទាំបណ្ដោះអាសន្ន ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	ជនរងគ្រោះឧក្រិដ្ឋកម្ម ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	អតីតយុទ្ធជន ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	សំណងបុគ្គលិក ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	គ្មានផ្ទះសម្បែង ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	CALWORKS ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	ក្រុមប្រជាជនដែលមានតម្រូវការពិសេសផ្សេងទៀត៖
4	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្ដល់ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ (បំពេញលុះត្រាតែជាអ្នកផ្សេង ***ក្រៅពី***អតិថិជន ឬ ជនដែលទទួលខុសត្រូវ)						

ព័ត៌មានរបស់ភាគីទីបី

#							
5	MEDI-CAL ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	ឈ្មោះគម្រោង ECM	កូដខោនធី MEDI-CAL / កូដ AID / CIN #	កម្មវិធីគ្រួសារសុខភាព ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	ចែករំលែកថ្លៃចំណាយ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	ចំនួន SOC $	MEDI-CAL មិនទាន់សម្រេច ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
6	SSI មិនទាន់សម្រេច ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	កាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យ SSI	បញ្ជូនមកដើម្បីវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ កាលបរិច្ឆេទបញ្ជូន	ហេតុផលដែលមិនបញ្ជូនមក MEDI-CAL/មានសិទ្ធិទទួលបាន SSI ដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍			
7	MEDICARE ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	លេខ MEDICARE (MBI)	បានចុះហត្ថលេខា☐ទម្រង់ហត្ថលេខាអនុញ្ញាតពេញមួយជីវិត ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា	MEDI-GAP ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	TRICARE ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	CHAMPVA ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	
8	HMO/PPO ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	MEDICARE ADVANTAGE ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ID សម្គាល់គោលការណ៍ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាវ #	ឈ្មោះអ្នកជាវ		
9	អាសយដ្ឋានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការទាមទារសំណងសុខភាពផ្លូវចិត្ត	ទទួលបានហត្ថលេខាអនុញ្ញាតចំពោះការធានារ៉ាប់រង និងការចាត់តាំងអត្ថប្រយោជន៍ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ					
10	ADD'L HMO/PPO ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	MEDICARE ADVANTAGE ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង	ID សម្គាល់គោលការណ៍ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាវ #	ឈ្មោះអ្នកជាវ		
11	អាសយដ្ឋានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការទាមទារសំណងសុខភាពផ្លូវចិត្ត	ទទួលបានហត្ថលេខាអនុញ្ញាតចំពោះការធានារ៉ាប់រង និងការចាត់តាំងអត្ថប្រយោជន៍ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ					

ឯកសារយោងរបស់អ្នកបង់ប្រាក់ (អតិថិជន ឬ បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវខាងហិរញ្ញវត្ថុ)

#						
12	ឈ្មោះអ្នកបង់ប្រាក់	ទំនាក់ទំនងជាមួយអតិថិជន	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ☐M ☐S ☐D ☐W ☐SP	CDL របស់អ្នកបង់ប្រាក់/CAL ID/ID ផ្សេងទៀត	
13	អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកបង់ប្រាក់	ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់	ទូរសព្ទ #	
14	ប្រភពប្រាក់ចំណូល៖ ☐ មានប្រាក់ខែ ☐ ធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង ☐ ធានារ៉ាប់រងភាពគ្មានការងារធ្វើ ☐ ធានារ៉ាប់រងពិការភាព ☐ SSI ☐ GR ☐ VA ☐ ជំនួយសាធារណៈផ្សេងទៀត ☐ ស្រដៀងគ្នានោះ ☐ មិនដឹង ☐ ផ្សេងទៀត៖ ____________	លេខ SS របស់អ្នកបង់ប្រាក់ #				
15	និយោជក	មុខងារ	បើមិនមានការងារទេ កាលបរិច្ឆេទធ្វើការចុងក្រោយ			
16	អាសយដ្ឋាននិយោជក (រួមទាំងទីក្រុង រដ្ឋ និង លេខកូដតំបន់)	ទូរសព្ទ #				
17	ប្ដីប្រពន្ធ	អាសយដ្ឋាន (រួមទាំងទីក្រុង រដ្ឋ និង លេខកូដតំបន់)	SS របស់ប្ដីប្រពន្ធ #			
18	និយោជករបស់ប្ដីប្រពន្ធ	មុខងារ	បើមិនមានការងារទេ កាលបរិច្ឆេទធ្វើការចុងក្រោយ			
19	អាសយដ្ឋាននិយោជករបស់ប្ដីប្រពន្ធ (រួមទាំងទីក្រុង រដ្ឋ និង លេខកូដតំបន់)	ទូរសព្ទ #				
20	សាច់ញាតិ/ទំនាក់ទំនងជិតបំផុត	អាសយដ្ឋាន (រួមទាំងទីក្រុង រដ្ឋ និង លេខកូដតំបន់)	ទូរសព្ទ #			

ការកំណត់បំណុលរបស់ UMDAP

21 ទ្រព្យសកម្មដែលអាចប្ដូរជាសាច់ប្រាក់		22 ចំណាយដែលមានការអនុញ្ញាត		23 ចំណូលប្រចាំខែតាមចំនួនលៃតម្រូវ	
ប្រាក់សន្សំ	$________	ភារកិច្ចដែលចេញដីកាបង្គាប់ដោយតុលាការ ដែលបង់ប្រាក់រាល់ខែ	$________	ចំណូលសរុបប្រចាំខែ	
គណនីចរន្ត	$________	ការបង់ប្រាក់ដើម្បីការថែទាំកុមារប្រចាំខែ (ចាំបាច់សម្រាប់ការងារ)	$________	សមីខ្លួន/អ្នកបង់ប្រាក់	$________
IRA, CD, តម្លៃទីផ្សាររបស់ភាគហ៊ុន បណ្ណបំណុល និង សង្គហធន	$________	ការបង់ប្រាក់ជំនួយដល់ជនក្រោមបន្ទុកប្រចាំខែ	$________	ប្ដីប្រពន្ធ	$________
ទ្រព្យសកម្មដែលអាចប្ដូរជាសាច់ប្រាក់សរុប	$________	ការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រប្រចាំខែ	$________	ផ្សេងទៀត	$________
ដកនឹងឧបត្ថម្ភធនទ្រព្យសកម្ម	$________	ការកាត់កងប្រចាំខែពីប្រាក់ចំណូលសរុបសម្រាប់ផែនការចូលនិវត្តន៍ (មិនរួមបញ្ចូលសន្តិសុខសង្គម)	$________	ប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារសរុប	$________
ការវាយតម្លៃទ្រព្យសកម្មសុទ្ធ	$________	**ប្រាក់ចំណាយដែលអនុញ្ញាតសរុប**	$________	សរុបពីប្រអប់លេខ 21	$________
ការវាយតម្លៃទ្រព្យសកម្មប្រចាំខែ (ចែកទ្រព្យសកម្មសុទ្ធនឹងលេខ 12)	$________			សរុបរង	$________
				ដកចំនួនសរុបពីប្រអប់ 22	$________
				ចំណូលប្រចាំខែតាមចំនួនលៃតម្រូវ	$________
បានទទួលការផ្ទៀងផ្ទាត់ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		បានទទួលការផ្ទៀងផ្ទាត់ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		បានទទួលការផ្ទៀងផ្ទាត់ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ	

#				
24	ចំនួនអ្នកក្រោមបន្ទុកប្រាក់ចំណូលប្រចាំខែដែលបានលៃតម្រូវ (រួមបញ្ចូលអតិថិជន)	**បំណុលប្រចាំឆ្នាំ**	**រយៈពេលគតថ្លៃប្រចាំឆ្នាំ** ពី ____________ ដល់ ____________	គម្រោងបង់ប្រាក់ $____________ ក្នុងមួយខែ សម្រាប់ខែ ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6

ផ្សេងទៀត

#				
25	ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តពីមុនអំឡុងពេលគិតថ្លៃប្រចាំឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន ☐ បាទ/ចាស ☐ N/ទេ នៅទីណា៖	ពី	ទៅ	សមតុល្យបំណុលប្រចាំឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន
26	បំណុលប្រចាំឆ្នាំលៃតម្រូវដោយ	កាលបរិច្ឆេទ	ហេតុផល បានលៃតម្រូវ ☐ TFA (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ដែលអតិថិជនបានចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម)	
	ការលៃតម្រូវបំណុលប្រចាំឆ្នាំ ដែលអនុញ្ញាតដោយ	កាលបរិច្ឆេទ	☐ ផ្សេងទៀត (ពិពណ៌នាខាងក្រោម)	
27	ការពន្យល់អំពីបំណុល UMDAP ត្រូវបានផ្ដល់ជូន។ ហត្ថលេខារបស់អ្នកសម្ភាស	ឈ្មោះនិងលេខអ្នកផ្ដល់សេវា		
28	ខ្ញុំបញ្ជាក់អះអាងថា សេចក្ដីថ្លែងការណ៍ដែលបានធ្វើឡើងក្នុងឯកសារនេះ ជាការពិត និង ត្រឹមត្រូវអស់ពីចិត្តរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះគម្រោងបង់ប្រាក់ ដូចបានលើកឡើងក្នុងបន្ទាត់លេខ 24 ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ	កាលបរិច្ឆេទ		