LOS ANGELES COUNTY DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

CONFIDENTIAL CLIENT INFORMATION

SSI PENDING SSI PENDING YES NO MEDICARE YES NO HMO/PPO MEDICARE YES NO YES NO HEDICARE YES NO MEDICARE YES NO MEDICARE	TION AN NAME MED CATION DATE REI NUMBER (MBI) LIFE NAME ADVANTAGE NAME ADVANTAGE NAME ADVANTAGE NAME ALARY SELF EMP her Public Assistance	PLOYED I	RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	HOMELESS YES NO	PEALTHY FAMIL HEALTHY FAMIL YES NO REASON FOR NO SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL	OTHER SPE IES SHARE O YE REFERRING I O ME YE CYID# INSUR BENEI CYID# INSUR BENEI MARIT M S STATE	CIAL POPU CIAL POPU COF COST S NO MEDI-CAL/SS DI-GAP S NO SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA' SUBSCRIBER ANCE AUT	SOC AMT \$ SOC AMT \$ ITRICARE YES NO R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME	MEDI-CAL PENDIN YES NO NEFITS ASSESSMENT CHAMPVA	
OSTER CARE OSTER CARE	TION AN NAME MED CATION DATE REI NUMBER (MBI) LIFE NAME ADVANTAGE NAME ADVANTAGE NAME ADVANTAGE NAME ALARY SELF EMP her Public Assistance	PLOYED I	ER'S COMP S NO Enter only if other the other than the other	HOMELESS YES NO	CALWORKS O YES NO Tresponsible person) HEALTHY FAMIL YES NO TREASON FOR NO ORIZATION SIGNED SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL	OTHER SPE IES SHARE O YE REFERRING I O ME YE CYID# INSUR BENEI CYID# INSUR BENEI MARIT M S STATE	CIAL POPU COF COST S NO MEDI-CAL/SS DI-GAP S NO SUBSCRIBER CANCE AUT FITS SIGNA TAL STATUS D N D	SOC AMT \$ I ELIGIBLE TO BE TRICARE YES NO R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN PAYER CDL	MEDI-CAL PENDIN YES NO NEFITS ASSESSMENT CHAMPVA YES NO ASSIGNMENT OF A ASSIGNMENT OF A ASSIGNMENT OF JED YES NO	
ROVIDER OF FINANCIAL INFORMA MEDI-CAL YES	TION AN NAME MED CATION DATE REI NUMBER (MBI) LIFE NAME ADVANTAGE NAME ADVANTAGE NAME ADVANTAGE NAME ALARY SELF EMP her Public Assistance	PLOYED I	RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	HOMELESS YES NO an the client o CODE/ CIN # ASSESSMEN RRED TURE AUTHONED IBLE PER O CLIENT MENT INSUIONN OWN OWN OWN	CALWORKS O YES NO Tresponsible person) HEALTHY FAMIL YES NO TREASON FOR NO ORIZATION SIGNED SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL	IES SHARE D YE REFERRING I D ME YE VECYID# INSUR BENEI VECYID# INSUR BENEI MARIT M S STATE	COF COST S NO MEDI-CAL/SS DI-GAP S NO SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FITS SIGNA	SOC AMT \$ GIELIGIBLE TO BE TRICARE YES NO R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN	CHAMPVA YES NO NEFITS ASSESSMENT CHAMPVA YES NO A ASSIGNMENT OF NED YES NO A ASSIGNMENT OF NED YES NO	
ROVIDER OF FINANCIAL INFORMA IRD PARTY INFORMA MEDI-CAL	TION AN NAME MED AN NAME MED CATION DATE RE NUMBER (MBI) LIFE Y ADVANTAGE NAM SINO HEALTH CLAIMS ADVANTAGE NAM SINO HEALTH CLAIMS LIENT OR FINAN ALARY SELF EMP her Public Assistance	FERRED FC YES NO TIME EXTE ES NO E OF CARRI	OR BENEFITS AD DATE REFEI ENDED SIGNA' DATE SIGN IER RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	CODE/ CIN # ASSESSMEN RRED TURE AUTHONED IBLE PER: O CLIENT MENT INSUIONN OWN OWN OWN OWN OWN OWN OWN	HEALTHY FAMIL YES NO T REASON FOR NO ORIZATION SIGNED SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL	P YE REFERRING I ME O YE CY ID # INSUR BENEI INSUR BENEI MARIT M S STATE	S NO MEDI-CAL/SS DI-GAP S NO SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FAL STATUS	TRICARE YES NO R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME PAYER CDL	CHAMPVA YES NO NEFITS ASSESSMENT CHAMPVA YES NO A ASSIGNMENT OF NED YES NO A ASSIGNMENT OF NED YES NO	
IRD PARTY INFORMA MEDI-CAL YES	TION AN NAME MED CATION DATE RE NUMBER (MBI) LIFE Y ADVANTAGE NAM S NO HEALTH CLAIMS ALARY SELF EMP her Public Assistance	FERRED FC YES NO TIME EXTE ES NO E OF CARRI E OF CARRI	OR BENEFITS AD DATE REFEI ENDED SIGNA' DATE SIGN IER RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	ASSESSMEN RRED TURE AUTHOR NED IBLE PER O CLIENT MENT INSU	HEALTHY FAMIL YES NO T REASON FOR NO ORIZATION SIGNED SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL RANCE DISABIL	P YE REFERRING I ME O YE CY ID # INSUR BENEI INSUR BENEI MARIT M S STATE	S NO MEDI-CAL/SS DI-GAP S NO SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FAL STATUS	TRICARE YES NO R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME PAYER CDL	CHAMPVA PYES NO ASSIGNMENT OF A ASSIGNMENT OF A ASSIGNMENT OF A ASSIGNMENT OF A D A SSIGNMENT OF A D A SSIGNMENT OF A D A SSIGNMENT OF	
MEDI-CAL YES NO SSI PENDING SSI PENDING YES NO MEDICARE YES NO HMO/PPO MEDICARE YES NO HMO/PPO MEDICARE YES NO HMO/PPO MEDICARE YES NO YES NO MEDICARE YES NO YES ARRIER ADDRESS FOR MENTAL DD'L HMO/PPO MEDICARE YES NO YER REFERENCES (CLIAME OF PAYER AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: SSI GR VA OT MPLOYER'S ADDRESS (Include C	AN NAME MED CATION DATE REI NUMBER (MBI) LIFE DY ADVANTAGE NAM E ADVAN	FERRED FO YES NO TIME EXTE ES NO E OF CARRI	OR BENEFITS A D DATE REFEI ENDED SIGNA' DATE SIGN IER RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	ASSESSMEN RRED TURE AUTHONED IBLE PER O CLIENT MENT INSU	ORIZATION SIGNED SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL	P YE REFERRING I ME O YE CY ID # INSUR BENEI INSUR BENEI MARIT M S STATE	S NO MEDI-CAL/SS DI-GAP S NO SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FAL STATUS	TRICARE YES NO R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME PAYER CDL	CHAMPVA CHAMPVA YES NO ASSIGNMENT OF ASSIGNMENT OF ASSIGNMENT OF ASSIGNMENT OF ASSIGNMENT OF ASSIGNMENT OF	
SSI PENDING SSI PENDING SSI PENDING SSI PENDING SSI PENDING SSI PENDING SSI APPLIC YES NO MEDICARE YES NO MEDICARE YES NO MEDICARE YES NO YEARRIER ADDRESS FOR MENTAL DD'L HMO/PPO MEDICARE YES NO YER PEFERENCES (CL AME OF PAYER AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: SSI GR VA OT MPLOYER MPLOYER'S ADDRESS (Include C	CATION DATE CATION DATE REI NUMBER (MBI) LIFE Y ADVANTAGE NAM S	FERRED FO YES NO TIME EXTE ES NO E OF CARRI	OR BENEFITS A D DATE REFEI ENDED SIGNA' DATE SIGN IER RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	ASSESSMEN RRED TURE AUTHONED IBLE PER O CLIENT MENT INSU	ORIZATION SIGNED SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL	P YE REFERRING I ME O YE CY ID # INSUR BENEI INSUR BENEI MARIT M S STATE	S NO MEDI-CAL/SS DI-GAP S NO SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FAL STATUS	TRICARE YES NO R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME PAYER CDL	CHAMPVA CHAMPV	
MEDICARE YES NO MEDICARE YES NO HMO/PPO MEDICARE YES NO ARRIER ADDRESS FOR MENTAL DD'L HMO/PPO MEDICARE YES NO YES NO YES NO YER REFERENCES (CLIAME OF PAYER AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA OT MPLOYER MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ALARY SELF EMP	TIME EXTE ES NO E OF CARRI E OF CARRI CLALLY	D DATE REFEI ENDED SIGNA DATE SIGN IER RESPONS RELATION T CITY UNEMPLOY	IBLE PER: O CLIENT MENT INSU OWN O	SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SON) DOB	INSUR BENEF	DI-GAP S	TRICARE YES NO R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN PAYER CDL	CHAMPVA P YES NO A ASSIGNMENT OF JED YES NO A ASSIGNMENT OF JED YES NO	
MEDICARE YES	ALARY SELF EMP	TIME EXTE ES NO E OF CARRI	ENDED SIGNA DATE SIGN IER RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	IBLE PER	SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SON) DOB	INSUR BENEI CY ID # INSUR BENEI MARIT M S STATE	S NO SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FITS SIGNA FITS SIGNA TAL STATUS	HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN TURES OBTAIN PAYER CDL	ASSIGNMENT OF LED YES NO	
HMO/PPO MEDICARE YES NO YES NO YES NO YES NO YES NO YES CARRIER ADDRESS FOR MENTAL DD'L HMO/PPO MEDICARE YES NO YES CARRIER ADDRESS FOR MENTAL YER REFERENCES (CLI IAME OF PAYER AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: S SI GR VA OT MPLOYER MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ALARY SELF EMP	E OF CARRI	DATE SIGN IER IER RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	IBLE PER: O CLIENT MENT INSUIONN ONN	SUBSCRIBER POL SUBSCRIBER POL SON) DOB	INSUR BENEI CY ID # INSUR BENEI MARIT M S STATE	S NO SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FITS SIGNA FITS SIGNA TAL STATUS	HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN TURES OBTAIN PAYER CDL	ASSIGNMENT OF LED YES NO	
YES NO YES CARRIER ADDRESS FOR MENTAL DD'L HMO/PPO MEDICARE YES NO YES CARRIER ADDRESS FOR MENTAL YER REFERENCES (CL LIAME OF PAYER AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA OT MPLOYER MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ALARY SELF EMP	CIALLY	RESPONSI RELATION T CITY UNEMPLOY	MENT INSUI	SUBSCRIBER POL SON) DOB RANCE □ DISABIL	INSUR BENEI CY ID # INSUR BENEI MARIT M S STATE	ANCE AUT FITS SIGNA SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FAL STATUS	HORIZATION 8 TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN PAYER CDL	ASSIGNMENT OF JED YES NO	
ARRIER ADDRESS FOR MENTAL DD'L HMO/PPO MEDICARE YES NO YES CARRIER ADDRESS FOR MENTAL YER REFERENCES (CLIAME OF PAYER AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: SISSI GR VA OT MPLOYER MPLOYER'S ADDRESS (Include C	E ADVANTAGE NAM S NO HEALTH CLAIMS IENT OR FINAN ALARY SELF EMP her Public Assistance	CIALLY	RESPONS RELATION T CITY UNEMPLOY	MENT INSUI	SON) DOB RANCE DISABIL	BENEI CY ID # INSUR BENEI MARI' MARI' MASTATE	SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FAL STATUS	TURES OBTAIN R NAME HORIZATION 8 TURES OBTAIN PAYER CDL	ASSIGNMENT OF JED YES NO	
YES NO YE CARRIER ADDRESS FOR MENTAL YER REFERENCES (CLIAME OF PAYER AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA OT MPLOYER MPLOYER'S ADDRESS (Include C	LIENT OR FINAN ALARY SELF EMP her Public Assistance	CIALLY	RESPONS RELATION T CITY UNEMPLOY	MENT INSUI	SON) DOB RANCE DISABIL	CY ID # INSUR BENEI MARI MARI MARI STATE	SUBSCRIBER ANCE AUT FITS SIGNA FAL STATUS	HORIZATION 8 TURES OBTAIN PAYER CDL	& ASSIGNMENT OF IED YES NO	
YES NO YE CARRIER ADDRESS FOR MENTAL YER REFERENCES (CLIAME OF PAYER AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA OT MPLOYER MPLOYER'S ADDRESS (Include C	S NO HEALTH CLAIMS IENT OR FINAN ALARY SELF EMP her Public Assistance	PLOYED [CITY UNEMPLOY	MENT INSUI	DOB RANCE DISABIL	MARIT STATE	FITS SIGNA	PAYER CDL	IED YES NO	
YER REFERENCES (CLIAME OF PAYER AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA Ot MPLOYER MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ALARY SELF EMP	PLOYED [CITY UNEMPLOY	MENT INSUI	DOB RANCE DISABIL	MARIT STATE	FITS SIGNA	PAYER CDL	IED YES NO	
AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA Ot MPLOYER MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ALARY SELF EMP ner Public Assistance	PLOYED [CITY UNEMPLOY	MENT INSUI	DOB RANCE DISABIL	MARIT	TAL STATUS	PAYER CDL		
AYER'S ADDRESS OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA Ot MPLOYER MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ner Public Assistance		CITY UNEMPLOY	MENT INSUI	RANCE 🗖 DISABIL	☐M ☐S STATE	DD W]SP	/CAL ID/OTHER ID	
OURCE OF INCOME: S. SSI GR VA Ot MPLOYER MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ner Public Assistance		☐ UNEMPLOY	OWN 🗆 O		STATE				
SSI GR VA OT MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ner Public Assistance			OWN 🗆 O		ITI/ IN IC: 12 :		1		
SSI GR VA OT MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ner Public Assistance			OWN 🗆 O		.i i y insura	NCE	PAYER SS #		
MPLOYER'S ADDRESS (Include C	ty, State & Zip Code)			. 03/11010				IF NOT EMPLO	YED, DATE LAST	
POUSE	ty, state a zip code,						WORKED TEL#			
			1000000 // L	1 0: 0:	0.7: 0.1.)					
POUSE'S EMPLOYER					ADDRESS (Include City, State & Zip Code)			SPOUSE'S SS #		
				POSITION	l	IF NOT EMPLOYED, DATE LAST WORKED				
POUSE'S EMPLOYER'S ADDRESS	(Include City, State & Zip	Code)	2)					TEL#		
IEAREST RELATIVE/RELATIONSHI	P		ADDRESS (Include City, State & Zip Code)					TEL#		
IDAP LIABILITY DETE	RMINATION							<u> </u>		
21 LIQUID	ASSETS	22	ALI	LOWABLE	EXPENSES	23 ADJUSTED MONTHLY INCOME				
	rt.		rt ordered obli		_	CROS	C MONITUU	VINICOME		
avings	\$	I '	monthly		\$	Self/Pa	S MONTHL' ayer		\$	
Checking Accounts	\$	payn	thly childcare nents (necessa	ry for	\$	Spous	е		\$	
RA, CD, Market value of	\$		loyment) thly dependen	nt	Φ.	Other			\$	
tocks, bonds and mutual unds		supp	ort payments		D		HOUSEHO	OLD	\$	
TOTAL LIQUID ASSETS \$			thly medical ex nents	xpense	\$	INCOM		V 21 -	.	
.ess Asset Allowance \$		Mont	thly mandated		TOTAL FROM BOX 21 + \$ SUBTOTAL + \$					
			uctions from gr me for retireme		\$			+ :	\$	
Net Asset Valuation \$			plans. (Do not include Social Security)			LESS TOTAL FROM BOX 22 - \$				
Monthly Asset Valuation (Divide Net Asset by 12) \$			Total Allowable Expenses \$			Adjusted Monthly Income \$				
VERIFICATION OBTAINED YES NO			VERIFICATION OBTAINED YES NO			VERIFICATION OBTAINED ☐ YES ☐ NO				
lumber Dependent on Adjuste Ionthly Income (Client included		BILITY	Al	NNUAL CH	IARGE PERIOD	F	Payment P	lan \$	per mont	
			FROM		_то	f	or <u> </u>	2 🗆 3 🗆 4 🗆 5	<u>5 □6</u> month	
FHER PRIOR MENTAL HEALTH TREATMENT DURING CURRENT ANNUAL CHARGE PERIC ☐ YES ☐ NO WHERE:					FROM	ТО		CURRENT ANNU	JAL LIABILITY BALANCE	
ANNUAL LIABILITY ADJUSTED BY					DATE	REASON ADJUSTED ☐ TFA (enter date client signed below)				
ANNUAL LIABILITY ADJUSTMENT APPROVED BY					DATE	☐ Other (describe below)				
An explanation of the UMDAP liability was provided. SIGNATURE OF INTERVIEWER						PROVIDER NAME AND NUMBER				
	ζ							d on line 24		

ខោនធី LOS ANGELES នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត

ព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអតិថិជន ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកបង់ប្រាក ព័ត៌មានអតិថិជន មើលក្រម W & I ផ្នែកលេខ 5328 ឈ្មោះអតិថិជន ID សម្គាល់អតិថិជនរបស់ DMH # ការចុះឈ្មោះគ្រួសារ # ត្រកូល ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត សានភាពអាពាហ៍ពីពាហ៍ ឈ្មោះរបស់ប្ដីឬប្រពន្ធ/ដៃគូ/មនុស្សសំខាន់ ТМ ПЅ ПО П W ПЅР ការថែទាំបណ្ដោះអាសន្ន | ជនរងគ្រោះឧក្រិដ្ឋកម្ម គ្មានផ្ទះសម្បែង អតីតយុទ្ធជន សំណងបុគ្គលិក **CALWORKS** ក្រុមប្រជាជនដែលមានតម្រូវការពិសេសផ្សេងទៀត៖ 3 🗆 បាទប៉ុចាស 🗀 ទេ 🗆 បាទឬចាស់ 🗖 ទេ 🗖 បាទឬចាស់ 🗖 ទេ 🗖 បាទឬចាស់ 🗖 ទេ 🗆 បាទឬចាស់ 🗆 ទេ 🗆 បាទបុចាស 🗆 ទេ ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់ព័ត៌មានហិញ្ញេវត្ថុ (បំពេញលុះគ្រាតែជាអ្នកផ្សេង *ញ្ជាពី*អតិថិជន ឬ ជនដែលទទួលឧសត្រូវ) ព័ត៌មានរបស់ភាគីទីបី MEDI-CAL ចែករំលែកថ្លៃចំណាយ ឈ្មោះគម្រោង ECM កូដខោនធី MEDI-CAL / កូដ AID / CIN # កម្មវិធីគ្រួសារសុខភាព MEDI-CAL មិនទាន់សម្រេច 🗆 បាទបុចាស 🗆 ទេ 🗆 បាទបុចាស 🗆 ទេ 🗆 បាទបុចាំស 🗆 ទេ □ បាទបុចាស 🗆 ទេ SSI មិនទាន់សម្រេច កាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យ SSI បញ្ជូនមកដើម្បីវាយតម្លែអត្ថប្រយោជន៍ ហេតុផលដែលមិនបញ្ជូនមក MEDI-CAL/មានសិទ្ធិទទួលបាន SSI ដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍ 6 🗖 បាទឬចាស់ 🗖 ទើកលៃចិច្ឆេទបញ្ជូន 🗆 បាទបុចាស 🗆 ទេ MEDICARE លេខ MEDICARE (MBI) បានចុះហត្ថលេខា□ទម្រង់ហត្ថលេខាអនុញ្ញាតេពញមួយជីវិ MEDI-GAP CHAMPVA TRICARE 🗆 បាទបុចាស 🗆 ទេ <u>ត 🗆 បាទប្តិចាស 🗖 ទែ</u>កាលិធាិច្ឆេទចុះហត់លើ 🗆 បាទបុចាស 🗆 ទេ 🗆 បាទបុចាស 🗆 ទេ □ បាទប្ចចាស 🗆 ទេ HMO/PPO MEDICARE ADVANTAGE ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ID សម្គាល់គោលការណ៍ធានា៉ាប់រង ឈ្មោះអ្នកជាវ 🗆 បាទបុចាស 🗆 ទេ 🗆 បាទបុចាស 🗆 ទេ អាសយដ្ឋានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការទាមទារសំណងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ទទួលបានហត្ថលេខាអនុញ្ញាតូចពោះការធានារាបរង និងការចាត់តាំងអត្ថប្រយ៉ោជន៍ 🛮 **បាទឬចាស** 🗆 ទេ MEDICARE ADVANTAGE ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ADD'L HMO/PPO 10 🗆 បាទឬចាស 🗆 ទេ 🗆 បាទបុចាស 🗖 ទេ អាសយដ្ឋានក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការទាមទារសំណងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ទទួលបានហត្ថលេខាអនុញ្ញាតូចំពោះការធានារាប់រង និង៉ីការចាត់តាំំងអត្ថប្រយ៉ោជន៍ 🛮 **បាទបុចាស** 🗖 ទេ ឯកសារយោងរបស់អ្នកបង់ប្រាក់ (អតិថិជន ឬ ឬគូលដែលទទួលខុសត្រូវខាងហិរញ្ញវត្ថុ) ឈ្មោះអ្នកបង់ប្រាក់ ទំនាក់ទំនងជាមួយអតិថិជន ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ CDL របស់អ្នកបង់ប្រាក់/CAL ID/ID 12 M S D W ផ្សេងទៀត អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកបង់ប្រាក់ រដ្ឋ លេខក្លុដតំបន់ ទូរសព្ # 13 ប្រភពប្រាក់ចំណូល៖ 🗆 មានប្រាក់ខែ 🗅 ធ្វើការឱ្យខ្លួនឯង 🗅 ធានា៉ាប់រងភាពគ្មានការងា្ធរធ្វើ 🗅 ធានា៉ាប់រងពីការភាព លេខ ទទ របស់អ្នកបង់ប្រាក់ # 🗅 SSİ 🛘 ĞR 🗖 VA 🗘 ជំនួយសាធារណ៍ៈផ្សេងទៀត 🗖 ស្រដៀងគ្នានោះ 🗖 មិនដឹង 🗖 ផ្សេងទៀត៖ បើមិនមានការងាបទ 15 កាលបរិច្ឆេទេធ្វីការចុងេក្រាយ អាសយដ្ឋាននិយោជក (រួមទាំងទីក្រុង រដ្ឋ និង លេខកូដតំបន់) 16 ប្តីឬប្រពន្ធ អាសយដ្ឋាន (រួមទាំងទីក្រុង រដ្ឋ និង លេខកូដតំបន់) SS របស់ប្តីឬប្រពន្ធ # 17 បើមិនមានការងាបទ និយោជការបស់ប្តីឬប្រពន្ធ មុខងារ 18 កាលបរិច្ឆេទេធ្វីការចុងេក្រាយ អាសយដ្ឋាននិយោជករបស់ប្តីឬប្រពន្ធ (រួមទាំងទីក្រុង រដ្ឋ និង លេខកូដតំបន់) 19 សាច់ញាតិ/ទំនាក់ទំនងជិតបំផុត អាសយដ្ឋាន (រួមទាំងទីក្រុង រដ្ឋ និង លេខកូដតំបន់) ទូរសព្ # 20 ការកំណត់បំណុលរបស់ UMDAP ព្រទ្យសកម្មដែលអាចប្តូរជាសាច់ប្រាក់ ចំណាយដែលមានការអនុញ្ញាត ចំណូលប្រចាំខែតាមចំនួនលៃតម្រូវ 22 23 21 ភារកិច្ចដែលចេញដីកាបង្គាប់ ប្រាក់សន្សំ ចំណូលសរុបប្រចាំខែ ដោយតុលាការ ដែលបង់ប្រាក់រាល់ខែ គណនីចរន្ត សមីខ្លួន/អ្នកបង់ប្រាក់ ការបង់ប្រាក់ដើម្បីការថែទាំកមារប្រចាំខែ IRA, CD, តម្លៃទីផ្សាររបស់ភាគហ៊ុន ប្តីឬប្រពន្ធ (ចាំបាច់សម្រាប់ការងារ) បណ្ណបំណុល និង សង្ខហធន ផ្សេងទៀត ការបង់ប្រាក់ជំនួយដល់ជនក្រោមបន្ទុក ព្រទ្យសកម្មដែលអាច ប្រាក់ចំណូលក្នុងគ្រួសារសរុប ប្តូរជាសាច់ប្រាក់សរុប ការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រប្រ សុរបពីប្រអប់លេខ 21 ដកនឹងឧបត្ថម្ភធនទ្រព្យសកម្ម សរុបរង ការវាយតម្លៃទ្រព្យសកម្មសុទ្ធ ការកាត់កងប្រចាំខែពីប្រាក់ចំណូលសរុប ដកចំនួនសរុបពីប្រអប់ 22 សម្រាប់ផែនការចូលនិវត្តន៍ (មិនរួម ការវាយតម្លៃទ្រព្យសកម្មប្រចាំខែ (ចែក បញ្ចូលសន្តិសុខសង្គម) ចំណូលប្រចាំខែតាមចំនួនលៃតម្រូវ ទ្រព្យសកម្មសុទ្ធនឹងលេខ 12) ប្រាក់ចំណាយដែលអនុញ្ញាតសរុប បានទទួលការផ្ទៀងផ្ទាត់ 🗆 បាទឬចាស 🗖 ទេ បានទទួលការផ្ទៀងផ្ទាត់ 🗆 បាទឬចាស 🗖 ទេ បានទទួលការផ្ទៀងផ្ទាត់ 🗆 បាទបុចាស 🗖 ទេ ចំនួនអ្នកេក្រាមបន្ទុកប្រាក់ចំណូល ប្រចាំខែដលបានៃលតម្រូវ (រួមបញ្ចូលអតិថិជន) គម្រោងបុងប្រាក \$ បណុលប្រចាំឆ្នា រយៈពេលគតថ្លៃប្រចាឆ្នា សមែល់ខែ 🗀 🗀 🗀 🖂 🖂 🗆 5 ដល់ ផ្សេងទៀត ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តពីម្មូនអំឡុងពេលគិតថ្លៃប្រចាំឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន សមតុល្យបំណុលប្រចាំឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន □ ប៉ាទប្ចចាស់ □ N៉ីទេ នៅទីណា៖ បំណុលប្រចាំឆ្នាំលៃតម្រូវដោយ កាលបរិច្ឆេទ 26 ការលៃតម្រូវបំណុលប្រចាំឆ្នាំ ដែលអនុញ្ញាតដោយ កាលបរិចេទ 🗖 ផ្សេងទៀត (ពិពណ៌នាខាងក្រោម) ការពន្យល់អំពីប៉ុណុល UMDAP ត្រូវបានផ្ដល់ជូន។ ឈ្មោះនិងលេខអ្នកផ្តល់សេវា ហត្ថលើខារបស់អ្នកសម្អាស ខ្ញុំបញ្ជាក់អះអាងថា សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលបានធ្វើឡើងក្នុងឯកសារនេះ ជាការពីត និង ត្រឹមត្រូវអស់ពីចិត្តរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះគម្រោងបង់ប្រាក់ ដូជបានលើកឡើងក្នុងបន្ទាត់លេខ 24 28 ហិត្តលេខារបស់អតិថិជន ប្បុគ្គលដែលទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថ កាលបរិច្ឆេទ