

**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>	Payment Plan \$ _____ per month
	FROM _____ TO _____	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			

고객 정보

1	고객 성명	사회보장번호	정신건강부(DMH) 고객 ID 번호	가족 등록 번호			
2	결혼 전 성	생년월일	혼인 상태 <input type="checkbox"/> 기혼(M) <input type="checkbox"/> 미혼(S) <input type="checkbox"/> 이혼(D) <input type="checkbox"/> 사별(W) <input type="checkbox"/> 별거(SP)	배우자/파트너/동반자의 성명			
3	양육 관리 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	범죄 피해자 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	참전 용사 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	산재 보상 수급 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	노숙 생활 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	CALWORKS 보유 유무 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	기타 특별 인구:
4	금융 정보 제공자 성명 및 주소(고객 또는 책임자가 <u>아닌</u> 경우에만 작성)						

제삼자 정보

5	메디칼(MEDI-CAL) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	ECM 플랜명	MEDI-CAL 카운티 코드 / 에이드 코드 / CIN #	헬씨 패밀리(HEALTHY FAMILIES) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	비용 부담 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	SOC AMT \$	MEDI-CAL 보류 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
6	SSI 보류 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	SSI 신청 일자	혜택 급여 평가를 위한 의뢰 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 의뢰 일자	MEDI-CAL/SSI 에서 혜택 급여 평가를 의뢰하지 않는 사유			
7	메디케어(MEDICARE) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	MEDICARE 번호(MBI)	평생 연장 서명 승인서에 서명 여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 서명 일자	메디갭(MEDI-GAP) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	트라이케어(TRICARE) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	재향 군인회 민간인 건강 및 의료 프로그램(CHAMPVA) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	메디케어 어드밴티지(MEDICARE ADVANTAGE) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	보험사명	가입자 보험 증권 ID 번호	가입자명		
9	정신 건강 청구용 보험사 주소			보험 승인 및 혜택 할당 서명 취득 여부 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음			
10	추가 HMO/PPO <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	메디케어 어드밴티지(MEDICARE ADVANTAGE) <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	보험사명	가입자 보험 증권 ID 번호	가입자명		
11	정신 건강 청구용 보험사 주소			보험 승인 및 혜택 할당 서명 취득 여부 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음			

결제 추천인(고객 또는 재정 책임자)

12	결제자 성명	고객과의 관계	생년월일	혼인 상태 <input type="checkbox"/> 기혼(M) <input type="checkbox"/> 미혼(S) <input type="checkbox"/> 이혼(D) <input type="checkbox"/> 사별(W) <input type="checkbox"/> 별거(SP)	결제자 CDL/CAL ID/기타 ID
13	결제자 주소	시	주	우편번호	전화번호
14	수입원: <input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 실업보험 <input type="checkbox"/> 장애 보험 <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> 기타 공공 지원 <input type="checkbox"/> 현물 보조 <input type="checkbox"/> 알 수 없음 <input type="checkbox"/> 기타: _____				결제자 사회보장번호
15	고용주	직위	고용되어 있지 않은 경우, 마지막으로 근무한 날짜		
16	고용주 주소(도시, 주 및 우편번호 포함)				전화번호
17	배우자	주소(도시, 주 및 우편번호 포함)			배우자 사회보장번호
18	배우자의 고용주	직위	고용되어 있지 않은 경우, 마지막으로 근무한 날짜		
19	배우자의 고용주 주소(도시, 주 및 우편번호 포함)				전화번호
20	가장 가까운 친척/인척	주소(도시, 주 및 우편번호 포함)			전화번호

UMDAP 책임 결정

21	유동 자산	22	허용 비용	23	조정된 월 소득
저축예금	\$ _____	법원 명령에 따라 매월 지급되는 의무 금액	\$ _____	월 총수입 본인/결제자	\$ _____
당좌예금	\$ _____	월별 보육비 지급액(고용 시 필요)	\$ _____	배우자	\$ _____
IRA, CD, 주식, 채권 및 뮤추얼 펀드의 시장 가치	\$ _____	월별 부양가족 지원 금액	\$ _____	기타	\$ _____
<b>총유동자산</b>	\$ _____	월별 의료비 지급액	\$ _____	총가구소득	\$ _____
자산 총담금 감액	\$ _____	은퇴 계획에 따라 총소득에서 매월 의무적으로 공제되는 금액 (사회보장 연금은 포함되지 않음)	\$ _____	21 번 상자의 합계	\$ _____
순자산 가치 평가	\$ _____	<b>총허용비용</b>	\$ _____	소계	\$ _____
<b>월간 자산 평가액 (순자산을 12 로 나눔)</b>	\$ _____	증빙 획득 유무 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	증빙 획득 유무 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	22 번 상자의 합계 차감	\$ _____
조정된 월 소득으로 부양하는 가족 수(고객 포함)	<b>연간 책임</b>	<b>연간 청구 기간</b> 부터 _____	까지	조정된 월 소득	\$ _____
				결제 예정 매월 \$ _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 _____ 개월 간

기타

25	현재 연간 청구 기간 내 사전 정신건강 치료 <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 장소:	시작	종료	현재 연간 부채 잔액
26	연간 부채 조정	일자	TFA <input type="checkbox"/> 조정 사유(아래에 고객 서명 일자 입력) <input type="checkbox"/> 기타(아래에 설명)	
27	연간 부채 조정 승인	일자		
28	UMDAP 책임에 관한 설명을 들었습니다. 면접관 서명	설명자 성명 및 번호		
본인은 여기에 기재된 진술이 본인이 아는 한 진실하고 정확함을 확인하며 24 번 줄에 명시된 결제 계획에 동의합니다				
고객 서명 또는 재정 책임자의 서명				날짜