

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
4	HOMELESS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CALWORKS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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 <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	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)	
26	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

ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ ФИНАНСОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПЛАТЕЛЬЩИКЕ

См. Закон о социальном обеспечении, раздел 5328

1	ИМЯ КЛИЕНТА		СОЦИАЛЬНАЯ СТРАХОВКА (SS) №		ИДЕНТИФИКАТОР КЛИЕНТА ДЕПАРТАМЕНТА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (DMH) №	СЕМЕЙНАЯ РЕГИСТРАЦИЯ №
2	ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ		ДАТА РОЖДЕНИЯ	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ <input type="checkbox"/> женат / замужем <input type="checkbox"/> не женат / не замужем <input type="checkbox"/> разведен(-а) <input type="checkbox"/> вдовец (вдова) <input type="checkbox"/> живем раздельно		ИМЯ СУПРУГА / ПАРТНЕРА / ДРУГОГО ЛИЦА
3	ПАТРОНАТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЖЕРТВЫ ПРЕСТУПЛЕНИЙ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ВETERАН <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	БЕЗДОМНЫЕ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	CALWORKS <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
4	ПОСТАВЩИК ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИИ Имя и адрес (заполнить только в случае, если им не является клиент или ответственное лицо)					

ИНФОРМАЦИЯ О ТРЕТЬИХ ЛИЦАХ

5	MEDI-CAL <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	НАЗВАНИЕ ПЛАНА ESM	КОД ОКРУГА / КОД ПОМОЩИ / CIN MEDI-CAL №	HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РАСХОДОВ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	СУММА, ВЫПЛ. ПО РАСПРЕДЕЛЕНИЮ ДОХОДОВ \$	MEDI-CAL, НА РАССМОТРЕНИИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
6	SSI, НА РАССМОТРЕНИИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВКИ SSI	ОБРАЩЕНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЛЬГОТ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ДАТА ОБРАЩЕНИЯ		ПРИЧИНА НЕОБРАЩЕНИЯ В MEDI-CAL/SSI ДЛЯ ОЦЕНКИ ЛЬГОТ		
7	MEDICARE <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	НОМЕР MEDICARE (MBI)	ЗАВЕРЕННАЯ ФОРМА ПОЖИЗНЕННОГО РАСШИРЕННОГО ПРАВА ПОДПИСИ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ДАТА ПОДПИСАНИЯ		MEDI-GAP <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	TRICARE <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	CHAMPVA <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ		ИДЕНТИФИКАТОР ПОЛИСА ПОДПИСЧИКА №	ИМЯ ПОДПИСЧИКА	
9	АДРЕС ДЕРЖАТЕЛЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПРЕТЕНЗИЙ ПО ВОПРОСАМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ				ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ В СТРАХОВУЮ КОМПАНИЮ И НАЗНАЧЕНИЕ ВЫПЛАТ СОСТАВЛЕНА И ПОДПИСАНА <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
10	ADD'L HMO/PPO <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ		ИДЕНТИФИКАТОР ПОЛИСА ПОДПИСЧИКА №	ИМЯ ПОДПИСЧИКА	
11	АДРЕС ДЕРЖАТЕЛЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПРЕТЕНЗИЙ ПО ВОПРОСАМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ				ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ВЫСТАВЛЕНИЕ СЧЕТОВ В СТРАХОВУЮ КОМПАНИЮ И НАЗНАЧЕНИЕ ВЫПЛАТ СОСТАВЛЕНА И ПОДПИСАНА <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		

СПРАВКА О ПЛАТЕЛЬЩИКЕ (КЛИЕНТЕ ИЛИ ФИНАНСОВО ОТВЕТСТВЕННОМ ЛИЦЕ)

12	ИМЯ ПЛАТЕЛЬЩИКА	КЕМ ПРИХОДИТСЯ КЛИЕНТУ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ <input type="checkbox"/> женат / замужем <input type="checkbox"/> не женат / не замужем <input type="checkbox"/> разведен(-а) <input type="checkbox"/> вдовец (вдова) <input type="checkbox"/> живем раздельно		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР CDL/CAL / ДРУГОЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ПЛАТЕЛЬЩИКА	
13	АДРЕС ПЛАТЕЛЬЩИКА		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ТЕЛ.	
14	ИСТОЧНИКА ДОХОДА: <input type="checkbox"/> ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА <input type="checkbox"/> САМОЗАНЯТОСТЬ <input type="checkbox"/> ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ <input type="checkbox"/> СТРАХОВАНИЕ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> ОБЩИЙ ДОХОД <input type="checkbox"/> ВЫПЛАТЫ ВETERАНАМ <input type="checkbox"/> Прочие государственные пособия <input type="checkbox"/> В НАТУРАЛЬНОМ ВИДЕ <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО <input type="checkbox"/> ПРОЧЕЕ:					Социальная страховка плательщика №	
15	РАБОТОДАТЕЛЬ		ДОЛЖНОСТЬ	В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ ТРУДОУСТРОЙСТВА, ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ЗАНЯТОСТИ			
16	АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ (в т. ч. город, штат, почтовый индекс)					ТЕЛ.	
17	СУПРУГ		АДРЕС (в т. ч. город, штат, почтовый индекс)			СОЦИАЛЬНАЯ СТРАХОВКА СУПРУГА №	
18	РАБОТОДАТЕЛЬ СУПРУГА		ДОЛЖНОСТЬ	В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ ТРУДОУСТРОЙСТВА, ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ЗАНЯТОСТИ			
19	АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ СУПРУГА (в т. ч. город, штат, почтовый индекс)					ТЕЛ.	
20	БЛИЖАЙШИЙ РОДСТВЕННИК/РОДСТВЕННИКИ		АДРЕС (в т. ч. город, штат, почтовый индекс)			ТЕЛ.	

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ UMDAP

24	21 ЛИКВИДНЫЕ АКТИВЫ	22 ЛЬГОТИРУЕМЫЕ РАСХОДЫ	23 СКОРРЕКТИРОВАННЫЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД
	Сбережения \$ _____ Расчетные счета \$ _____ IRA, CD, рыночная стоимость акций, облигаций и взаимных фондов \$ _____ ОБЩИЕ ЛИКВИДНЫЕ АКТИВЫ \$ _____ Наименьший резерв по активам \$ _____ Оценка чистых активов \$ _____ Ежемесячная оценка активов (деление чистых активов на 12) \$ _____	Обязательные ежемесячные выплаты по решению суда \$ _____ Ежемесячные выплаты по уходу за детьми (необходимы при трудоустройстве) \$ _____ Ежемесячные выплаты на содержание иждивенцев \$ _____ Ежемесячные выплаты по медицинским расходам \$ _____ Ежемесячные обязательные отчисления из совокупного дохода в пенсионные планы. (не включают социальное страхование) \$ _____ Подтверждение льготированных расходов \$ _____	ОБЩИЙ ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД Собственный/плательщик \$ _____ Супруг \$ _____ Другое \$ _____ ОБЩИЙ ДОХОД СЕМЬИ \$ _____ ВСЕГО ИЗ ЯЧЕЙКИ 21 + \$ _____ ПОДИТОГ + \$ _____ НАИМЕНЬШИЙ ИТОГ ИЗ ЯЧЕЙКИ 22 - \$ _____ Скорректированный ежемесячный доход \$ _____
	ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНО <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНО <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕНО <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
	Количество в зависимости от скорректированного ежемесячного дохода (включая клиента)	ЕЖЕГОДНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ	ЕЖЕГОДНЫЙ ПЛАТЕЖНЫЙ ПЕРИОД
			План оплаты \$ _____ в месяц за <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 _____ месяцев

ДРУГОЕ

25	ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ЕЖЕГОДНОЙ ОПЛАТЫ <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ГДЕ:	С	ПО	ТЕКУЩИЙ БАЛАНС ПО ЕЖЕГОДНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
26	ЕЖЕГОДНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СКОРРЕКТИРОВАНА	ДАТА	ПРИЧИНА КОРРЕКТИРОВКИ <input type="checkbox"/> TFA (введите дату подписи клиентом внизу) <input type="checkbox"/> Другое (опишите ниже)	
27	КОРРЕКТИРОВКА ЕЖЕГОДНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ОДОБРЕНА	ДАТА		
28	Ответственность UMDAP была разъяснена. ПОДПИСЬ ЛИЦА, ПРОВЕДИВШЕГО ОПРОС	ИМЯ И НОМЕР ПОСТАВЩИКА		
	Я подтверждаю, что, насколько мне известно, приведенные здесь утверждения верны и корректны и я соглашаюсь с планом платежей, указанным в строке 24.			
	ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ ФИНАНСОВО ОТВЕТСТВЕННОГО ЛИЦА	ДАТА		