

**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 <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 \$ _____		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 \$ _____		<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>	<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)	
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

客户信息

付款人财务信息

参见卫生与机构法规第 5328 节

1	客户姓名	社会安全号码	DMH 客户 ID #	家庭登记 #
2	娘家姓氏	出生日期	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 分居	配偶/伴侣/重要他人的姓名
3	寄养 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	犯罪受害者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	退伍军人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	工人补偿金 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4	无家可归 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		CALWORKS <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	其他特殊人群:
财务信息提供者 姓名和地址 (仅当不是客户或负责人时才填写)				

第三方信息

5	MEDI-CAL <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	ECM 计划名称	MEDI-CAL 县代码/援助代码/CIN #	HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	费用分摊 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	分摊金额 \$	等待 MEDI-CAL <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6	等待 SSI <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	SSI 申请日期	转介进行福利评估 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 转介日期	不转介 MEDI-CAL/SSI 有资格者参加福利评估的原因			
7	MEDICARE <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	MEDICARE 号码 (MBI)	已签署终身延长签名授权 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 签署日期	MEDI-GAP <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	TRICARE <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	CHAMPVA <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
8	HMO/PPO <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	承保人名称	参保人保单 ID #	参保人姓名		
9	精神健康索赔的承保人地址			已签署保险授权和福利转让表 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
10	其他 HMO/PPO <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	承保人名称	参保人保单 ID #	参保人姓名		
11	精神健康索赔的承保人地址			已签署保险授权和福利转让表 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

付款人资料 (客户或财务负责人)

12	付款人姓名	与客户的关系	出生日期	婚姻状况 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 分居	付款人 CDL/CAL ID/其他 ID
13	付款人地址	城市	州	邮政编码	电话号码
14	收入来源: <input type="checkbox"/> 薪水 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 失业保险 <input type="checkbox"/> 残障保险 <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> 其他公共援助 <input type="checkbox"/> 实物 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 其他: _____				付款人社会安全号码
15	雇主	职务	如果失业, 最后工作日期		
16	雇主地址 (包括城市、州和邮政编码)				电话号码
17	配偶	地址 (包括城市、州和邮政编码)			配偶的社会安全号码
18	配偶的雇主	职务	如果失业, 最后工作日期		
19	配偶的雇主地址 (包括城市、州和邮政编码)				电话号码
20	最近的亲属/关系	地址 (包括城市、州和邮政编码)			电话号码

UMDAF 支付限额确定

21	流动资产	22	允许的支出	23	调整后月收入
储蓄	\$ _____	法庭命令按月支付的债务	\$ _____	总收入	\$ _____
支票账户	\$ _____	按月支付的托儿费 (就业所需)	\$ _____	本人/付款人	\$ _____
IRA、CD、股票、债券和共同基金的市值	\$ _____	按月支付的受抚养人赡养费	\$ _____	配偶	\$ _____
<b>流动资产总额</b>	\$ _____	按月支付的医疗费用	\$ _____	其他	\$ _____
减去允许的资产限额	\$ _____	总收入中的退休计划每月强制扣款 (不包括社会安全金付款)	\$ _____	家庭总收入	\$ _____
净资产估值	\$ _____	<b>允许的总支出</b>	\$ _____	第 21 栏总计	+ \$ _____
<b>每月资产估值 (净资产除以 12)</b>	\$ _____			小计	+ \$ _____
已获取证明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		已获取证明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		减去第 22 栏总计	- \$ _____
调整后收入的受抚养人数 (包括客户)	<b>年度支付限额</b>		<b>年度收费期</b>	<b>调整后月收入</b>	\$ _____
			从 _____ 至 _____	付款计划 \$ _____ 每月	
				持续 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 个月	

其他

25	当前年度收费期间内既往的精神健康治疗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 何处:	从	至	当前年度支付限额余额
26	年度支付限额调整者	日期	调整原因 <input type="checkbox"/> TFA (在以下填写客户签名日期) <input type="checkbox"/> 其他 (请在以下说明)	
27	年度支付限额调整批准者	日期		
27	提供了 UMDAF 支付限额的解释。 访问员签名	提供者名称和电话		
28	我确认据我所知, 以上陈述真实且正确, 并且我同意第 24 行所述的付款计划			
	客户或财务负责人 签名	日期		