

**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

客戶資訊

付款人財務資訊

參見衛生與機構法規第 5328 節

1	客戶姓名	社會安全號碼	DMH 客戶 ID #	家庭登記 #			
2	娘家姓氏	出生日期	婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居	配偶/伴侶/重要他人的姓名			
3	寄養 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	犯罪受害者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	退伍軍人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	工人補償金 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	無家可歸 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	CALWORKS <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	其他特殊人群:
4	財務資訊提供者 姓名和地址 (僅當不是客戶或負責人時才填寫)						

第三方資訊

5	MEDI-CAL <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	ECM 計畫名稱	MEDI-CAL 縣代碼/援助代碼/CIN #	HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	費用分攤 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	分攤金額 \$	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 申請日期	轉介進行福利評估 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	轉介日期	不轉介 MEDI-CAL/SSI 有資格者參加福利評估的原因		
7	MEDICARE <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	MEDICARE 號碼 (MBI)	已簽署終身延長簽名授權 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	簽署日期	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	承保人名稱	參保人保單 ID #	參保人姓名		
9	精神健康索賠的承保人地址				已簽署保險授權和利益轉讓表 <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	承保人名稱	參保人保單 ID #	參保人姓名		
11	精神健康索賠的承保人地址				已簽署保險授權和利益轉讓表 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

付款人資料 (客戶或財務負責人)

12	付款人姓名	與客戶的關係	出生日期	婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居	付款人 CDL/CAL ID/其他 ID
13	付款人地址	城市	州	郵遞區號	電話號碼
14	收入來源: <input type="checkbox"/> 薪水 <input type="checkbox"/> 自雇 <input type="checkbox"/> 失業保險 <input type="checkbox"/> 殘障保險 <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> 其他公共援助 <input type="checkbox"/> 實物 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他: _____				付款人 社會安全號碼
15	雇主	職務	如果失業, 最後工作日期		
16	雇主地址 (包括城市、州和郵遞區號)				電話號碼
17	配偶	地址 (包括城市、州和郵遞區號)		配偶的 社會安全號碼	
18	配偶的雇主	職務	如果失業, 最後工作日期		
19	配偶的雇主地址 (包括城市、州和郵遞區號)				電話號碼
20	最近的親屬/關係	地址 (包括城市、州和郵遞區號)		電話號碼	

UMDAP 支付限額確定

21	流動資產	22	允許的支出	23	調整後月收入
儲蓄	\$ _____	法庭命令按月支付的債務	\$ _____	總月收入	
支票帳戶	\$ _____	按月支付的托兒費 (就業所需)	\$ _____	本人/付款人	\$ _____
IRA、CD、股票、債券和共同基金的市值	\$ _____	按月支付的受撫養人贍養費	\$ _____	配偶	\$ _____
<b>流動資產總額</b>	\$ _____	按月支付的醫療費用	\$ _____	其他	\$ _____
減去允許的資產限額	\$ _____	總收入中的退休計畫每月強制扣款 (不包括社會安全金付款)	\$ _____	家庭總收入	\$ _____
淨資產估值	\$ _____	<b>允許的總支出</b>	\$ _____	第 21 欄總計	+ \$ _____
<b>每月資產估值 (淨資產除以 12)</b>	\$ _____			小計	+ \$ _____
已獲取證明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		已獲取證明 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		減去第 22 欄總計	- \$ _____
調整月收入的受撫養人數 (包括客戶)	<b>年度支付限額</b>	<b>年度收費期</b>	從 _____ 至 _____	調整後月收入	\$ _____
				付款計畫 \$ _____ 每月	
				持續 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 個月	

其他

25	當前年度收費期間內既往的精神健康治療 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 何處:	從	至	當前年度支付限額餘額
26	年度支付限額調整者	日期	調整原因 <input type="checkbox"/> TFA (在以下填寫客戶簽名日期) <input type="checkbox"/> 其他 (請在以下說明)	
27	年度支付限額調整批准者	日期		
28	提供了 UMDAP 支付限額的解釋。 訪調員簽名	提供者名稱和電話		
	我確認據我所知, 以上陳述真實且正確, 並且我同意第 24 行所述的付款計畫			
	客戶或財務負責人 簽名	日期		