

Financial Profile Verification Request

Client Name: _____

DMH Client ID #: _____

<input type="checkbox"/> Identification – Provide any ONE of the following: <ul style="list-style-type: none">▪ Driver's License▪ California Identification Card▪ Passport▪ Any governmental issued identification with a photo▪ Other photo ID
Proof of Third Party Benefits <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Medi-Cal card (Benefits Identification Card)<input type="checkbox"/> Medicare card<input type="checkbox"/> Private Insurance card: _____<input type="checkbox"/> Additional Private Insurance card: _____
<input type="checkbox"/> Lifetime Extended Signature Authorization Form
<input type="checkbox"/> Insurance Authorization and Assignment of Benefits Form
Proof of Income and Employment for: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Client<input type="checkbox"/> Financially Responsible Party<input type="checkbox"/> Spouse of Financially Responsible Party Provide verification of the following: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pay stubs (most recent 3 pay periods or the last 30 days)<input type="checkbox"/> Self-Employment income<input type="checkbox"/> In-Kind form<input type="checkbox"/> Tax returns<input type="checkbox"/> Award letter (Unemployment/Social Security Benefits/Veterans/Worker's Compensation)<input type="checkbox"/> Other: _____
Proof of Liquid Asset for: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Client<input type="checkbox"/> Financially Responsible Party<input type="checkbox"/> Spouse of Financially Responsible Party Provide verification of the following: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Checking Account<input type="checkbox"/> Savings Account<input type="checkbox"/> IRA<input type="checkbox"/> CD<input type="checkbox"/> Market Value of Stocks<input type="checkbox"/> Bonds<input type="checkbox"/> Mutual Funds
Proof of Allowable Expenses <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Court ordered obligations paid monthly<input type="checkbox"/> Monthly childcare payments (necessary for employment)<input type="checkbox"/> Monthly dependent support payments<input type="checkbox"/> Monthly medical expense payments<input type="checkbox"/> Monthly mandated deductions from gross income for retirement plans (Do not include Social Security)
Additional Comments

Provide all requested verification at your next visit on: _____

(Failure to comply with the above verification could result in responsibility for the full cost of care)

درخواست راستی‌آزمایی نمایه مالی

نام مراجع: _____ شماره شناسایی مراجع DMH: _____

<p><input type="checkbox"/> مدرک شناسایی – لطفاً یکی از موارد زیر را ارائه کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> گواهینامه رانندگی <input type="checkbox"/> کارت شناسایی کالیفرنیا <input type="checkbox"/> گذرنامه <input type="checkbox"/> هر کارت شناسایی عکس‌دار دولتی <input type="checkbox"/> سایر مدارک شناسایی عکس‌دار 	
<p>مدرک مزایای شخص ثالث</p>	
<p><input type="checkbox"/> کارت Medi-Cal (کارت شناسایی مزایا)</p> <p><input type="checkbox"/> کارت Medicare</p> <p><input type="checkbox"/> کارت بیمه خصوصی: _____</p> <p><input type="checkbox"/> کارت بیمه خصوصی دیگر: _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> فرم مجوز امضای تمدیدشده مادام‌العمر</p>	
<p><input type="checkbox"/> فرم مجوز بیمه و واگذاری مزایا</p>	
<p>مدرک اثبات درآمد و اشتغال برای:</p>	
<p><input type="checkbox"/> همسر طرف دارای مسئولیت مالی</p>	<p><input type="checkbox"/> طرف دارای مسئولیت مالی</p> <p><input type="checkbox"/> مراجع</p>
<p>مدرک راستی‌آزمایی موارد زیر را ارائه کنید:</p>	
<p><input type="checkbox"/> فیش حقوقی (مربوط به 3 دوره پرداخت اخیر یا 30 روز گذشته)</p> <p><input type="checkbox"/> درآمد خوداشتغالی</p> <p><input type="checkbox"/> فرم غیرنقدی</p> <p><input type="checkbox"/> اظهارنامه‌های مالیاتی</p> <p><input type="checkbox"/> نامه دریافت مزایا (بیکاری/مزایای تأمین اجتماعی/کهنه‌سربازان/غرامت کارگری)</p> <p><input type="checkbox"/> سایر موارد: _____</p>	
<p>مدرک دارایی نقدشونده برای:</p>	
<p><input type="checkbox"/> همسر طرف دارای مسئولیت مالی</p>	<p><input type="checkbox"/> طرف دارای مسئولیت مالی</p> <p><input type="checkbox"/> مراجع</p>
<p>مدرک راستی‌آزمایی موارد زیر را ارائه کنید:</p>	
<p><input type="checkbox"/> حساب جاری</p> <p><input type="checkbox"/> حساب پس‌انداز</p> <p><input type="checkbox"/> IRA</p> <p><input type="checkbox"/> CD</p> <p><input type="checkbox"/> صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک</p>	<p><input type="checkbox"/> ارزش بازاری سهام</p> <p><input type="checkbox"/> اوراق قرضه</p>
<p>مدرک هزینه‌های مجاز</p>	
<p><input type="checkbox"/> پرداخت ماهانه تعهدات دارای حکم دادگاه</p> <p><input type="checkbox"/> پرداخت نفقه ماهانه افراد تحت تکفل</p> <p><input type="checkbox"/> پرداخت ماهانه هزینه‌های نگهداری کودک (لازم برای اشتغال)</p> <p><input type="checkbox"/> پرداخت ماهانه هزینه‌های پزشکی</p> <p><input type="checkbox"/> کسورات قانونی ماهانه درآمد ناخالص طرح‌های بازنشستگی (تأمین اجتماعی لحاظ نشود)</p>	
<p>توضیحات بیشتر</p>	

کلیه مدارک راستی‌آزمایی درخواستی را در نوبت بعدی در این تاریخ ارائه کنید: _____

(چنانچه راستی‌آزمایی فوق انجام نشود، ممکن است در قبال کل هزینه مراقبت‌ها مسئول شناخته شوید)