

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)

คำขอตรวจสอบประวัติทางการเงิน

ชื่อลูกค้า: _____ หมายเลข DMH ID ของลูกค้า: _____

<input type="checkbox"/> การระบุตัวตน – ระบุอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้: <ul style="list-style-type: none">▪ ใบอนุญาตขับขี่▪ บัตรประจำตัวประชาชนแคลิฟอร์เนีย▪ หนังสือเดินทาง▪ บัตรประจำตัวที่ทางราชการออกให้พร้อมรูปถ่าย▪ บัตรประจำตัวที่มีรูปถ่ายอื่นๆ
หลักฐานแสดงผลประโยชน์ของบุคคลที่สาม <input type="checkbox"/> บัตร Medi-Cal (บัตรประจำตัวสวัสดิการ) <input type="checkbox"/> บัตร Medicare <input type="checkbox"/> บัตรประกันภัยส่วนบุคคล: _____ <input type="checkbox"/> บัตรประกันภัยส่วนบุคคลเพิ่มเติม: _____
<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มอนุมัติลายเซ็นแบบขยายอายุการใช้งาน
<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มอนุมัติการประกันภัยและการโอนผลประโยชน์
หลักฐานแสดงรายได้และการจ้างงานสำหรับ: <input type="checkbox"/> ลูกค้า <input type="checkbox"/> ฝ่ายที่รับผิดชอบทางการเงิน <input type="checkbox"/> คู่สมรสของฝ่ายที่รับผิดชอบทางการเงิน จัดการตรวจสอบสิ่งต่อไปนี้: <input type="checkbox"/> ต้นชั่วคราวจ่ายเงิน (ระยะเวลาการจ่ายเงิน 3 ครั้งล่าสุดหรือภายใน 30 วันที่ผ่านมา) <input type="checkbox"/> รายได้จากการทำงานประกอบอาชีพอิสระ <input type="checkbox"/> แบบฟอร์มรายการอื่นที่ไม่ใช่เงิน <input type="checkbox"/> การคืนภาษี <input type="checkbox"/> จดหมายมอบรางวัล (ผลประโยชน์การว่างงาน/ประกันสังคม/ทหารผ่านศึก/เงินชดเชยคนงาน) <input type="checkbox"/> อื่นๆ: _____
หลักฐานแสดงสินทรัพย์สภาพคล่องสำหรับ: <input type="checkbox"/> ลูกค้า <input type="checkbox"/> ฝ่ายที่รับผิดชอบทางการเงิน <input type="checkbox"/> คู่สมรสของฝ่ายที่รับผิดชอบทางการเงิน จัดการตรวจสอบสิ่งต่อไปนี้: <input type="checkbox"/> บัญชีตรวจสอบ <input type="checkbox"/> บัญชีออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> IRA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> มูลค่าตลาดของหุ้น <input type="checkbox"/> พันธบัตร <input type="checkbox"/> กองทุนรวม
หลักฐานค่าใช้จ่ายที่อนุญาต <input type="checkbox"/> ศาลสั่งให้ชำระหนี้เป็นรายเดือน <input type="checkbox"/> ค่าดูแลเด็กรายเดือน (จำเป็นสำหรับการจ้างงาน) <input type="checkbox"/> การชำระเงินสนับสนุนผูกพันรายเดือน <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลรายเดือน <input type="checkbox"/> การหักเงินที่ได้รับคำสั่งรายเดือนจากรายได้รวมสำหรับแผนการเกษียณอายุ (ไม่รวมประกันสังคม)
ความคิดเห็นเพิ่มเติม

โปรดจัดเตรียมการตรวจสอบที่ร้องขอทั้งหมดในการนัดหมายครั้งต่อไปของคุณ ในวันที่: _____

(การไม่ปฏิบัติตามการตรวจสอบข้างต้นอาจส่งผลให้ต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวน)