

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)

वित्तीय प्रोफ़ाइल सत्यापन अनुरोध

क्लाइंट का नाम: _____ DMH क्लाइंट आईडी #: _____

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> पहचान - निम्नलिखित में से कोई एक प्रदान करें: <ul style="list-style-type: none">डाइवर लाइसेंसकैलिफ़ोर्निया पहचान पत्रपासपोर्टसरकार द्वारा जारी कोई भी फ़ोटो वाला पहचान पत्रअन्य फ़ोटो आईडी |
| तृतीय-पक्ष लाभों का प्रमाण <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Medi-Cal कार्ड (लाभों का पहचान कार्ड)<input type="checkbox"/> Medicare कार्ड<input type="checkbox"/> निजी बीमा कार्ड: _____<input type="checkbox"/> अतिरिक्त निजी बीमा कार्ड: _____ |
| <input type="checkbox"/> आजीवन विस्तारित हस्ताक्षर प्राधिकरण फ़ॉर्म |
| <input type="checkbox"/> बीमा प्राधिकरण और लाभों का आबंटन फ़ॉर्म |
| आय और रोज़गार का प्रमाण: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> क्लाइंट<input type="checkbox"/> वित्तीय रूप से ज़िम्मेदार पक्ष<input type="checkbox"/> वित्तीय रूप से ज़िम्मेदार पक्ष का जीवन-साथी निम्नलिखित का सत्यापन प्रदान करें: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> वेतन स्टब्स (सबसे हालिया 3 भुगतान अवधियाँ या पिछले 30 दिन)<input type="checkbox"/> स्व-रोज़गार आमदनी<input type="checkbox"/> वस्तु-रूपी किस्म<input type="checkbox"/> टैक्स रिटर्न<input type="checkbox"/> अवार्ड लैटर (बेरोज़गारी/सामाजिक सुरक्षा लाभ/सेवानिवृत्त सैनिक/श्रमिक मुआवजा)<input type="checkbox"/> अन्य: _____ |
| इसके लिए तरल परिसंपत्ति का प्रमाण: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> क्लाइंट<input type="checkbox"/> वित्तीय रूप से ज़िम्मेदार पक्ष<input type="checkbox"/> वित्तीय रूप से ज़िम्मेदार पक्ष का जीवन-साथी निम्नलिखित का सत्यापन प्रदान करें: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> चैकिंग खाता<input type="checkbox"/> सेविंग्स खाता<input type="checkbox"/> IRA<input type="checkbox"/> सीडी<input type="checkbox"/> स्टॉक का बाज़ार मूल्य<input type="checkbox"/> बॉन्ड्स<input type="checkbox"/> म्यूचुअल फंड |
| स्वीकार्य व्यय का प्रमाण <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> न्यायालय द्वारा आदेश दिये गये दायित्वों का मासिक भुगतान<input type="checkbox"/> मासिक शिशु पालन भुगतान (रोज़गार के लिए आवश्यक)<input type="checkbox"/> मासिक आश्रित व्यक्ति के लिए सहायता भुगतान<input type="checkbox"/> मासिक चिकित्सीय उपचार के खर्चों के भुगतान<input type="checkbox"/> सेवानिवृत्ति योजनाओं के लिए सकल आय से मासिक अनिवार्य कटौतियाँ (सामाजिक सुरक्षा आय शामिल न करें) |
| अतिरिक्त टिप्पणियाँ |

अपनी अगली यात्रा पर सभी अनुरोधित सत्यापन प्रदान करें:

(उपरोक्त सत्यापन का अनुपालन न करने के परिणामस्वरूप देखभाल की पूरी लागत की ज़िम्मेदारी आ सकती है)