

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)

財政的概要証明依頼

患者名： _____ DMH患者ID番号： _____

身元確認 – 以下のうち、いずれか1つを提出してください：

- 運転免許証
- カリフォルニア州IDカード
- パスポート
- 政府発行の身分証明書（写真付き）
- その他写真付きID

第三者の給付の証明

Medi-Calカード（受益者IDカード）

Medicareカード

民間保険証： _____

その他の民間保険証： _____

署名による承認の終身継続について

保険承認および給付金受給権譲渡書

次の人物の収入および雇用の証明：

患者

支払いに責任を負う者

支払いに責任を負う者の配偶者

次の証拠資料を提出してください：

給与明細書（直近の支払い期間3回分または直近30日分）

自営業の収入証明書

現物払い明細書

納税申告書

給付決定書（失業／社会保障／退役軍人給付／労働者災害補償）

その他： _____

次の人物の流動資産の証明：

患者

支払いに責任を負う者

支払いに責任を負う者の配偶者

次の証拠資料を提出してください：

当座預金口座

普通預金口座

IRA（個人退職勘定）

CD（譲渡性預金）

株式の市場価格

債権

投資信託

正当な費用の証明

裁判所命令による月々の支払い義務

保育にかかる月々の支払い（就業に必要なもの）

家族の扶養にかかる月々の支払い

月々の医療費の支払い

総収入から退職年金への月々の必須控除（社会保障は含まない）

追加コメント

以下の日程の次回訪問時に、要求されたすべての証拠資料を提供してください： _____

（上記の証拠資料の提供を怠ると、治療費を全額負担することになる可能性があります）