

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)

សំណើរផ្ញើតម្លៃតម្រូវការព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ

ឈ្មោះអតិថិជន៖ _____ លេខសម្គាល់អតិថិជន DMH#៖ _____

<input type="checkbox"/> អត្តសញ្ញាណបណ្ណ – សូមផ្តល់បណ្ណមួយក្នុងចំណោមបណ្ណខាងក្រោមនេះ៖ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> បណ្ណបើកបរ <input type="checkbox"/> អត្តសញ្ញាណបណ្ណរដ្ឋ California <input type="checkbox"/> លិខិតឆ្លងដែន <input type="checkbox"/> ឯកសារអត្តសញ្ញាណដែលមានរូបថតផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ដោយរដ្ឋាភិបាល <input type="checkbox"/> បណ្ណសម្គាល់ដែលមានរូបថតផ្សេងទៀត
ភស្តុតាងនៃអត្តប្រយោជន៍ពិភាក្សា <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> បណ្ណ Medi-Cal (បណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលបានអត្តប្រយោជន៍) <input type="checkbox"/> បណ្ណ Medicare <input type="checkbox"/> បណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន៖ _____ <input type="checkbox"/> បណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនបន្ថែម៖ _____
<input type="checkbox"/> ទម្រង់បែបបទហត្ថលេខាអនុញ្ញាតពេញមួយជីវិត
<input type="checkbox"/> ទម្រង់បែបបទការអនុញ្ញាតការធានារ៉ាប់រង និងការចាត់តាំងអត្តប្រយោជន៍
ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណូល និងការងារសម្រាប់៖ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> អតិថិជន</div> <div><input type="checkbox"/> ភាគីទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ</div> <div><input type="checkbox"/> ភរិយាឬស្វាមីរបស់ភាគីទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ</div> </div> <p>ផ្តល់ឯកសារផ្ញើតម្លៃតម្រូវការខាងក្រោមនេះ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> បញ្ជីប្រាក់ឈ្នួល (រយៈពេលបង់ប្រាក់ឈ្នួលចំនួន 3 នាពេលថ្មី ឬរយៈពេល 30 ថ្ងៃចុងក្រោយ) <input type="checkbox"/> ប្រាក់ចំណូលទទួលបានពីការធ្វើការខ្លួនឯង <input type="checkbox"/> ក្នុងទម្រង់មិនមែនជាសាច់ប្រាក់ <input type="checkbox"/> លិខិតប្រកាសពន្ធ <input type="checkbox"/> លិខិតផ្តល់ប្រាក់សំណង (ភាពអត់ការងារ/អត្តប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម/អតិថយុទ្ធជន/ប្រាក់សំណងកម្មករ) <input type="checkbox"/> ឯកសារផ្សេងទៀត៖ _____
ភស្តុតាងនៃទ្រព្យសកម្មអាចប្តូរជាសាច់ប្រាក់សម្រាប់៖ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> អតិថិជន</div> <div><input type="checkbox"/> ភាគីទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ</div> <div><input type="checkbox"/> ភរិយាឬស្វាមីរបស់ភាគីទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ</div> </div> <p>ផ្តល់ឯកសារផ្ញើតម្លៃតម្រូវការខាងក្រោមនេះ៖</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> គណនីចរន្ត</div> <div><input type="checkbox"/> គណនីសន្សំ</div> <div><input type="checkbox"/> IRA</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> CD</div> <div><input type="checkbox"/> តម្លៃទីផ្សាររបស់ភាគហ៊ុន</div> <div><input type="checkbox"/> ឥណទេយ្យបណ្ណ</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/> សង្គមធន</div> </div>
ភស្តុតាងនៃប្រាក់ចំណាយដែលបានអនុញ្ញាត <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ ការបង់ប្រាក់ថែទាំកុមារប្រចាំខែ ការបង់ប្រាក់តាមកាតព្វកិច្ចប្រចាំខែទៅតាមដីកាតុលាការ (ចាំបាច់សម្រាប់ការងារ) <input type="checkbox"/> ការបង់ប្រាក់ប្រចាំខែសម្រាប់អ្នករស់នៅក្នុងបន្ទប់ <input type="checkbox"/> ការបង់ប្រាក់ចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ការកាត់កងប្រចាំខែពីប្រាក់ចំណូលសរុបសម្រាប់ផែនការចូលនិវត្តន៍ (មិនរួមបញ្ចូលសន្តិសុខសង្គម)
កំណត់ចំណាំបន្ថែម

ផ្តល់ឯកសារផ្ញើតម្លៃតម្រូវការដែលបានស្នើសុំទាំងអស់នៅពេលអ្នកមកជួបពិគ្រោះបន្ទាប់នៅលើថ្ងៃ៖

(ការខកខានក្នុងការអនុវត្តតាមការផ្ញើតម្លៃតម្រូវការខាងលើ
អាចបណ្តាលឱ្យមានការទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយលើការថែទាំពេញលេញ)