

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)

재정 프로필 확인 요청

의뢰인 이름: _____ DMH 의뢰인 ID #: _____

<input type="checkbox"/> 신원 확인 - 다음 중 한 가지를 제공합니다: <ul style="list-style-type: none">▪ 운전 면허증▪ 캘리포니아 신분증▪ 여권▪ 사진이 첨부된 정부 발급 신분증▪ 기타 사진 신분증
제 3자 혜택 증명 <input type="checkbox"/> 메디-칼 카드(수혜자 ID 카드) <input type="checkbox"/> 메디케어 카드 <input type="checkbox"/> 개인보험 카드: _____ <input type="checkbox"/> 추가적 개인보험 카드: _____
<input type="checkbox"/> 평생 연장 서명 승인서
<input type="checkbox"/> 보험 승인 및 혜택 부여 양식
다음 사람의 소득 및 재직 증명: <input type="checkbox"/> 의뢰인 <input type="checkbox"/> 재정적 책임을 지닌 당사자 <input type="checkbox"/> 재정적 책임을 지닌 당사자의 배우자
다음에 대한 증빙서류를 제공합니다: <input type="checkbox"/> 급여 명세서(가장 최근 또는 지난 30일간 이내의 명세서 3부) <input type="checkbox"/> 자영업 소득 <input type="checkbox"/> 현물급여 유형 <input type="checkbox"/> 세금 환급 <input type="checkbox"/> 수령 서신 (실업수당/사회보장 혜택/퇴역군인 수당/근로자 상해보험) <input type="checkbox"/> 기타: _____
다음 사람의 유동 자산 증명: <input type="checkbox"/> 의뢰인 <input type="checkbox"/> 재정적 책임을 지닌 당사자 <input type="checkbox"/> 재정적 책임을 지닌 당사자의 배우자
다음에 대한 증빙서류를 제공합니다: <input type="checkbox"/> 당좌 계좌(Checking Account) <input type="checkbox"/> 예금 계좌(Savings Account) <input type="checkbox"/> 개인 퇴직연금(IRA) <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> 주식 시가 <input type="checkbox"/> 채권 <input type="checkbox"/> 뮤추얼 펀드
총당금 증명 <input type="checkbox"/> 매월 지불하는 법원 명령 부담금 <input type="checkbox"/> 매월 지불하는 자녀 보육비(취업에 필요함) <input type="checkbox"/> 매월 지불하는 부양자 지원금 <input type="checkbox"/> 매월 지불하는 의료비용 <input type="checkbox"/> 은퇴 계획의 으로 총 소득에서 의무 공제금(사회보장 포함하지 않음)
추가 소견

다음으로 예정된 방문 시, 모든 요청된 증빙을 제공합니다: _____

(위 확인사항을 준수하지 않는 경우, 건강관리 비용 전액을 부담해야 할수도 있습니다)