

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)

Запрос на подтверждение финансового профиля

Имя клиента: _____

Идентификатор клиента Департамента психического здоровья (DMH): _____

<input type="checkbox"/> Удостоверение личности. Предоставьте ОДИН из следующих документов: <ul style="list-style-type: none">▪ Водительское удостоверение▪ Удостоверение личности штата Калифорния▪ Паспорт▪ Любое удостоверение личности государственного образца с фотографией▪ Другое удостоверение личности с фотографией
Подтверждение платежей со стороны третьих лиц <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Карта Medi-Cal (Льготное удостоверение)<input type="checkbox"/> Карта Medicare<input type="checkbox"/> Карта личного страхования: _____<input type="checkbox"/> Карта дополнительного личного страхования: _____
<input type="checkbox"/> Форма пожизненного расширенного права подписи
<input type="checkbox"/> Форма разрешения на страхование и назначение выплат
Подтверждение дохода и трудоустройства для: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> клиента<input type="checkbox"/> опекуна<input type="checkbox"/> супруга/супруги опекуна Предоставьте подтверждение по следующим позициям: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Справки о начислении заработной платы (за последние 3 расчетных периода или последние 30 дней)<input type="checkbox"/> Доход от самозанятости<input type="checkbox"/> Доход в натуральной форме<input type="checkbox"/> Налоговые декларации<input type="checkbox"/> Письмо о назначении пособия (пособия по безработице / пособия по социальному обеспечению / пособия ветеранам / компенсации работникам)<input type="checkbox"/> Другое: _____
Подтверждение ликвидного актива для: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> клиента<input type="checkbox"/> опекуна<input type="checkbox"/> супруга/супруги опекуна Предоставьте подтверждение по следующим позициям: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Расчетный счет<input type="checkbox"/> Сберегательный счет<input type="checkbox"/> Пенсионный счет<input type="checkbox"/> Депозитный сертификат<input type="checkbox"/> Курсовая стоимость акций<input type="checkbox"/> Облигации<input type="checkbox"/> Паевые инвестиционные фонды
Подтверждение допустимых расходов <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Обязательные ежемесячные выплаты по решению суда<input type="checkbox"/> Ежемесячные выплаты по уходу за детьми (необходимы при трудоустройстве)<input type="checkbox"/> Ежемесячные выплаты на содержание иждивенцев<input type="checkbox"/> Ежемесячные обязательные отчисления из совокупного дохода в пенсионные планы (не включают социальное страхование)<input type="checkbox"/> Ежемесячные выплаты по медицинским расходам
Дополнительные комментарии

Предоставьте все необходимые подтверждения при следующем посещении: _____

(Несоблюдение вышеуказанной процедуры подтверждения может привести к взиманию полной стоимости медицинского обслуживания)