

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)

طلب تحقق من الملف المالي

اسم العميل/ة: _____ رقم تعريف العميل/ة بإدارة الصحة النفسية: _____

<input type="checkbox"/> تعريف الهوية - يُرجى تقديم أي مستند من المستندات التالية: <ul style="list-style-type: none">▪ رخصة القيادة▪ البطاقة الشخصية الصادرة عن ولاية كاليفورنيا▪ جواز السفر▪ أي وثيقة تعريف هوية صادرة عن جهة حكومية وفيها صورة شخصية▪ أي تعريف هوية فيه صورة شخصية
إثبات التمتع بمزايا مغطاة من جهة وسيطة <input type="checkbox"/> بطاقة برنامج Medi-Cal (بطاقة تعريف المزايا) <input type="checkbox"/> بطاقة برنامج Medicare <input type="checkbox"/> بطاقة تأمين صحي خاص: _____ <input type="checkbox"/> بطاقة أخرى لتأمين صحي خاص: _____
<input type="checkbox"/> نموذج التفويض بالتوقيع الممتد مدى الحياة
<input type="checkbox"/> نموذج تفويض التأمين الصحي وتخصيص المزايا المغطاة
إثبات الدخل والتوظيف من: <input type="checkbox"/> العميل/ة <input type="checkbox"/> الجهة المسؤولة ماليًا <input type="checkbox"/> زوج/ة الجهة المسؤولة ماليًا يُرجى تقديم مستندات للتحقق مما يلي: <input type="checkbox"/> إيصالات استلام الراتب أو الأجر Pay stubs (عن آخر 3 فترات عمل مدفوعة أو آخر 30 يومًا) <input type="checkbox"/> الدخل الناتج عن العمل الحر Self-Employment <input type="checkbox"/> نموذج الدعم العيني In-Kind form <input type="checkbox"/> الإقرارات الضريبية Tax returns <input type="checkbox"/> رسالة التكريم Award letter (إعانة البطالة/ مزايا الضمان الاجتماعي/ معاش المحاربين/ات القدامى/ تعويضات العمل) <input type="checkbox"/> مستند آخر: _____
إثبات الأصول السائلة (الأموال والمدخرات) من: <input type="checkbox"/> العميل/ة <input type="checkbox"/> الجهة المسؤولة ماليًا <input type="checkbox"/> زوج/ة الجهة المسؤولة ماليًا يُرجى تقديم مستندات للتحقق مما يلي: <input type="checkbox"/> حساب جاري <input type="checkbox"/> حساب ادخاري <input type="checkbox"/> شهادة/ات استثمار <input type="checkbox"/> صناديق استثمار مشتركة <input type="checkbox"/> حساب تقاعد <input type="checkbox"/> أسهم ذات قيمة سوقية <input type="checkbox"/> سندات
إثبات النفقات المطلوبة قانونياً <input type="checkbox"/> أقساط شهرية لدفع التزامات مطلوبة بحكم محكمة <input type="checkbox"/> مدفوعات شهرية لنفقة الإعالة <input type="checkbox"/> نفقة شهرية لرعاية الطفل (ضرورية للتوظيف) <input type="checkbox"/> النفقات الطبية الشهرية <input type="checkbox"/> الخصومات الشهرية الإلزامية من الدخل الإجمالي بسبب خطة التقاعد (لا تشمل الضمان الاجتماعي)
ملاحظات إضافية

يُرجى تقديم جميع مستندات التحقق المطلوبة في زيارتك المقبلة بتاريخ: _____

(عدم تقديم مستندات التحقق المذكورة بالأعلى قد يتسبب في تحميلكم المسؤولية عن كامل تكاليف الرعاية)