

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)

Ֆինանսական պրոֆիլի ստուգման հարցում

Հաճախորդի անունը՝ _____ DMH հաճախորդի ID համարը՝ _____

<input type="checkbox"/> Նույնականացում – Տրամադրեք ստորև նշվածներից որևէ մեկը. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Վարորդական իրավունք <input type="checkbox"/> Կալիֆորնիայի կողմից տրամադրված նույնականացման քարտ <input type="checkbox"/> Անձնագիր <input type="checkbox"/> Կառավարության կողմից տրված ինքնությունը հաստատող ցանկացած լուսանկարով փաստաթուղթ <input type="checkbox"/> Ինքնությունը հաստատող այլ լուսանկարով փաստաթուղթ 									
Երրորդ կողմի նպաստների ապացույցներ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medi-Cal քարտ (Նպաստների նույնականացման քարտ) <input type="checkbox"/> Medicare քարտ <input type="checkbox"/> Մասնավոր ապահովագրության քարտ՝ _____ <input type="checkbox"/> Լրացուցիչ մասնավոր ապահովագրության քարտ՝ _____ 									
<input type="checkbox"/> Կյանքի ժամկետով երկարաձգված ստորագրության թույլտվության ձև									
<input type="checkbox"/> Ապահովագրության թույլտվության և նպաստների նշանակման ձև									
Եկամուտների և զբաղվածության ապացույցներ հետևյալ անձի համար՝ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Հաճախորդ</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ֆինանսական պատասխանատվությամբ օժտված կողմ</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ֆինանսական պատասխանատվությամբ օժտված կողմի ամուսին/կին</td> </tr> </table> <p>Ներկայացնել հաստատում հետևյալի մասին.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Վճարման կտրոններ (վերջին 3 վճարման ժամանակաշրջանների կամ վերջին 30 օրվա ընթացքում կատարված) <input type="checkbox"/> Ինքնաշխատ եկամուտ <input type="checkbox"/> Նյութական աջակցության ձև <input type="checkbox"/> Հարկերի հայտարարագրի ձև <input type="checkbox"/> Փոխհատուցման գրություն (գործազրկության/սոցիալական ապահովության նպաստների/վետերանների/աշխատողների փոխհատուցում) <input type="checkbox"/> Այլ՝ _____ 	<input type="checkbox"/> Հաճախորդ	<input type="checkbox"/> Ֆինանսական պատասխանատվությամբ օժտված կողմ	<input type="checkbox"/> Ֆինանսական պատասխանատվությամբ օժտված կողմի ամուսին/կին						
<input type="checkbox"/> Հաճախորդ	<input type="checkbox"/> Ֆինանսական պատասխանատվությամբ օժտված կողմ	<input type="checkbox"/> Ֆինանսական պատասխանատվությամբ օժտված կողմի ամուսին/կին							
Լիկվիդային ակտիվների ապացույցներ հետևյալ անձի համար՝ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Հաճախորդ</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ֆինանսական պատասխանատվությամբ օժտված կողմ</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ֆինանսական պատասխանատվությամբ օժտված կողմի ամուսին/կին</td> </tr> </table> <p>Ներկայացնել հաստատում հետևյալի մասին.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Բանկային հաշիվ</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Խնայողական հաշիվ</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> IRA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CD</td> <td><input type="checkbox"/> Բաժնետոմսերի շուկայական արժեքը</td> <td><input type="checkbox"/> Պարտատոմսեր</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Փոխադարձ ֆոնդեր</p>	<input type="checkbox"/> Հաճախորդ	<input type="checkbox"/> Ֆինանսական պատասխանատվությամբ օժտված կողմ	<input type="checkbox"/> Ֆինանսական պատասխանատվությամբ օժտված կողմի ամուսին/կին	<input type="checkbox"/> Բանկային հաշիվ	<input type="checkbox"/> Խնայողական հաշիվ	<input type="checkbox"/> IRA	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> Բաժնետոմսերի շուկայական արժեքը	<input type="checkbox"/> Պարտատոմսեր
<input type="checkbox"/> Հաճախորդ	<input type="checkbox"/> Ֆինանսական պատասխանատվությամբ օժտված կողմ	<input type="checkbox"/> Ֆինանսական պատասխանատվությամբ օժտված կողմի ամուսին/կին							
<input type="checkbox"/> Բանկային հաշիվ	<input type="checkbox"/> Խնայողական հաշիվ	<input type="checkbox"/> IRA							
<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> Բաժնետոմսերի շուկայական արժեքը	<input type="checkbox"/> Պարտատոմսեր							
Թույլատրելի ծախսերի ապացույցներ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Դատարանի վճռով սահմանված ամսական վճարումներ</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Երեխայի խնամքի ամսական վճարումներ (անհրաժեշտ է աշխատանքի համար)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Խնամյալների աջակցության ամսական վճարումներ</td> <td><input type="checkbox"/> Բժշկական ծառայությունների ամսական վճարումներ</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Ամսական պարտադիր պահումներ համախառն եկամտից կենսաթոշակային ծրագրերի համար (չի ներառում սոցիալական ապահովությունը)</p>	<input type="checkbox"/> Դատարանի վճռով սահմանված ամսական վճարումներ	<input type="checkbox"/> Երեխայի խնամքի ամսական վճարումներ (անհրաժեշտ է աշխատանքի համար)	<input type="checkbox"/> Խնամյալների աջակցության ամսական վճարումներ	<input type="checkbox"/> Բժշկական ծառայությունների ամսական վճարումներ					
<input type="checkbox"/> Դատարանի վճռով սահմանված ամսական վճարումներ	<input type="checkbox"/> Երեխայի խնամքի ամսական վճարումներ (անհրաժեշտ է աշխատանքի համար)								
<input type="checkbox"/> Խնամյալների աջակցության ամսական վճարումներ	<input type="checkbox"/> Բժշկական ծառայությունների ամսական վճարումներ								
Լրացուցիչ մեկնաբանություններ									

Տրամադրեք բոլոր պահանջվող հաստատումները Ձեր հաջորդ այցի օրը՝ _____

(Վերնշյալ հաստատումների ներկայացման պահանջը չբավարարելը կարող է հանգեցնել բուժման ամբողջ արժեքը վճարելու պարտասխանատվության)