

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)

Solicitud de verificación de perfil financiero

Nombre del cliente: _____

N.º de Identificación del Cliente DMH: _____

<input type="checkbox"/> Identificación – Proporcione UNO de los siguientes: <ul style="list-style-type: none">▪ Licencia de conducir▪ Tarjeta de identificación de California▪ Pasaporte▪ Cualquier identificación con foto emitida por el gobierno▪ Otra identificación con foto
Prueba de beneficios de terceros <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tarjeta de Medi-Cal (Tarjeta de identificación de beneficios)<input type="checkbox"/> Tarjeta de Medicare<input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro privado: _____<input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro privado adicional: _____
<input type="checkbox"/> Formulario de autorización de vigencia de firma extendida
<input type="checkbox"/> Autorización de Seguros y Formulario de Asignación de Beneficios
Prueba de ingresos y empleo para: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Cliente<input type="checkbox"/> Parte financieramente responsable<input type="checkbox"/> Cónyuge de la Parte financieramente responsable Proporcione verificación de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Boletas de pago (los últimos 3 períodos de pago o los últimos 30 días)<input type="checkbox"/> Ingresos por trabajo independiente<input type="checkbox"/> Formulario de pago en especie<input type="checkbox"/> Declaraciones de impuestos<input type="checkbox"/> Carta de adjudicación (Prestaciones de desempleo/Seguro Social/Indemnización a veteranos/trabajadores)<input type="checkbox"/> Otro: _____
Prueba del activo líquido para: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Cliente<input type="checkbox"/> Parte financieramente responsable<input type="checkbox"/> Cónyuge de la Parte financieramente responsable Proporcione verificación de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Cuenta corriente<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros<input type="checkbox"/> IRA<input type="checkbox"/> CD<input type="checkbox"/> Valor de mercado de las acciones<input type="checkbox"/> Bonos<input type="checkbox"/> Fondos mutuos
Prueba de los gastos permitidos <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Obligaciones ordenadas por la corte pagadas mensualmente<input type="checkbox"/> Pagos mensuales por cuidado de niños (necesarios para el empleo)<input type="checkbox"/> Pagos mensuales de manutención dependiente<input type="checkbox"/> Pagos mensuales de gastos médicos<input type="checkbox"/> Deducciones obligatorias mensuales de los ingresos brutos para planes de jubilación (No incluye el Seguro Social)
Comentarios adicionales

Proporcione toda la verificación solicitada en su próxima visita en: _____

(El incumplimiento de la verificación anterior podría dar lugar a la responsabilidad del costo total de la atención)