

CLIENT INFORMATION

PAYER FINANCIAL INFORMATION

1 CLIENT NAME	SS #	DMH CLIENT ID #	FAMILY REGISTRATION #
2 MAIDEN NAME	DOB	MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> SP	SPOUSE/PARTNER/SIGNIFICANT OTHER'S NAME
3 FOSTER CARE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VICTIMS OF CRIME <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VETERAN <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	WORKER'S COMP <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
		HOMELESS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CALWORKS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
4 PROVIDER OF FINANCIAL INFORMATION Name and Address (Complete only if other than the client or responsible person)			

THIRD PARTY INFORMATION

5 MEDI-CAL <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	ECM PLAN NAME	MEDI-CAL COUNTY CODE /AID CODE/ CIN #	HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SHARE OF COST <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SOC AMT \$	MEDI-CAL PENDING <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
6 SSI PENDING <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SSI APPLICATION DATE	REFERRED FOR BENEFITS ASSESSMENT <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DATE REFERRED	REASON FOR NOT REFERRING MEDI-CAL/SSI ELIGIBLE TO BENEFITS ASSESSMENT			
7 MEDICARE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MEDICARE NUMBER (MBI)	LIFETIME EXTENDED SIGNATURE AUTHORIZATION SIGNED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DATE SIGNED	MEDI-GAP <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	TRICARE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	CHAMPVA <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
8 HMO/PPO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NAME OF CARRIER	SUBSCRIBER POLICY ID #	SUBSCRIBER NAME		
9 CARRIER ADDRESS FOR MENTAL HEALTH CLAIMS			INSURANCE AUTHORIZATION & ASSIGNMENT OF BENEFITS SIGNATURES OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
10 ADD'L HMO/PPO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NAME OF CARRIER	SUBSCRIBER POLICY ID #	SUBSCRIBER NAME		
11 CARRIER ADDRESS FOR MENTAL HEALTH CLAIMS			INSURANCE AUTHORIZATION & ASSIGNMENT OF BENEFITS SIGNATURES OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			

PAYER REFERENCES (CLIENT OR FINANCIALLY RESPONSIBLE PERSON)

12 NAME OF PAYER	RELATION TO CLIENT	DOB	MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> SP	PAYER CDL/CAL ID/OTHER ID
13 PAYER'S ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE	TEL #
14 SOURCE OF INCOME: <input type="checkbox"/> SALARY <input type="checkbox"/> SELF EMPLOYED <input type="checkbox"/> UNEMPLOYMENT INSURANCE <input type="checkbox"/> DISABILITY INSURANCE <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> Other Public Assistance <input type="checkbox"/> IN-KIND <input type="checkbox"/> UNKNOWN <input type="checkbox"/> OTHER:				PAYER SS #
15 EMPLOYER		POSITION		IF NOT EMPLOYED, DATE LAST WORKED
16 EMPLOYER'S ADDRESS (Include City, State & Zip Code)				TEL #
17 SPOUSE		ADDRESS (Include City, State & Zip Code)		SPOUSE'S SS #
18 SPOUSE'S EMPLOYER		POSITION		IF NOT EMPLOYED, DATE LAST WORKED
19 SPOUSE'S EMPLOYER'S ADDRESS (Include City, State & Zip Code)				TEL #
20 NEAREST RELATIVE/RELATIONSHIP		ADDRESS (Include City, State & Zip Code)		TEL #

UMDAP LIABILITY DETERMINATION

21 LIQUID ASSETS	22 ALLOWABLE EXPENSES	23 ADJUSTED MONTHLY INCOME
Savings \$ _____	Court ordered obligations paid monthly \$ _____	GROSS MONTHLY INCOME Self/Payer \$ _____
Checking Accounts \$ _____	Monthly childcare payments (necessary for employment) \$ _____	Spouse \$ _____
IRA, CD, Market value of stocks, bonds and mutual funds \$ _____	Monthly dependent support payments \$ _____	Other \$ _____
TOTAL LIQUID ASSETS \$ _____	Monthly medical expense payments \$ _____	TOTAL HOUSEHOLD INCOME \$ _____
Less Asset Allowance \$ _____	Monthly mandated deductions from gross income for retirement plans. (Do not include Social Security) \$ _____	TOTAL FROM BOX 21 + \$ _____
Net Asset Valuation \$ _____	Total Allowable Expenses \$ _____	SUBTOTAL + \$ _____
Monthly Asset Valuation (Divide Net Asset by 12) \$ _____		LESS TOTAL FROM BOX 22 - \$ _____
VERIFICATION OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	VERIFICATION OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Adjusted Monthly Income \$ _____
24 Number Dependent on Adjusted Monthly Income (Client included)	ANNUAL LIABILITY	VERIFICATION OBTAINED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
	ANNUAL CHARGE PERIOD FROM _____ TO _____	Payment Plan \$ _____ per month for <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 months

OTHER

25 PRIOR MENTAL HEALTH TREATMENT DURING CURRENT ANNUAL CHARGE PERIOD <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO WHERE:	FROM	TO	CURRENT ANNUAL LIABILITY BALANCE
26 ANNUAL LIABILITY ADJUSTED BY	DATE	REASON ADJUSTED <input type="checkbox"/> TFA (enter date client signed below) <input type="checkbox"/> Other (describe below)	
ANNUAL LIABILITY ADJUSTMENT APPROVED BY	DATE		
27 An explanation of the UMDAP liability was provided. SIGNATURE OF INTERVIEWER	PROVIDER NAME AND NUMBER		
28 I affirm that the statements made herein are true and correct to the best of my knowledge and I agree to the payment plan as stated on line 24 SIGNATURE OF CLIENT OR FINANCIALLY RESPONSIBLE PERSON			
DATE			

مقاطعة لوس أنجلوس
إدارة الصحة النفسية
البيانات المالية للدافع/ة

بيانات سرية للميل/ة

يُرجى مراجعة: قانون الرفاهية والمؤسسات، فقرة 5328

بيانات العميل/ة

1	اسم العميل/ة	رقم التأمين الاجتماعي	رقم تعريف العميل/ة بإدارة الصحة النفسية	رقم القيد العائلي
2	اسم العائلة قبل الزواج	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> متزوج/ة <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> مطلق/ة <input type="checkbox"/> أرمل/ة <input type="checkbox"/> منفصل/ة	اسم الزوج/ة - الشريك/ة - شخص آخر حميم
3	تابع/ة لنظام الرعاية البديلة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	من ضحايا الجريمة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	من المحاربين/ات القدامى/القدامى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مستفيد/ة من تعويضات العمل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4	مقدم/ة المعلومات المالية - الاسم والعنوان (يُرجى ملء هذه الخانة فقط في حال كون مقدم/ة المعلومات محصلاً لآخر غير العميل/ة أو المسؤول/ة عنه/ها)	مستفيد/ة من برنامج CALWORKS <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مستفيد/ة من برنامج مشاردة/ة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تابع/ة لأي فئة اجتماعية خاصة أخرى:

بيانات الجهة الوسيطة

5	برنامج ميدكال/MEDI-CAL <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اسم خطة إدارة الرعاية المعززة	كود المقاطعة في برنامج MEDI-CAL/ كود المدينة/الرقم المرجعي للعميل/ة	برنامج الأسرة الصحية HEALTHY FAMILIES <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	برنامج المشاركة في التكاليف SHARE OF COST <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	القيمة الشهرية للمشاركة في التكاليف \$	التسجيل معلق في ميدكال MEDI-CAL <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
6	التسجيل معلق في الدخل التأميني التكميلي SSI <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تاريخ طلب الدخل التأميني التكميلي SSI	تمت الإحالة إلى تقييم المزايا المعطاة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تاريخ الإحالة	لاستحقاق تقييم المزايا المعطاة SSI أو الدخل التأميني التكميلي MEDI-CAL بسبب عدم إحالة التسجيل في ميدكال	رقم تعريف المستفيد/ة في برنامج MEDICARE	تم توقيع نموذج التفويض الممتد مدى الحياة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا تاريخ التوقيع	التسجيل في برنامج صحة المحاربين/ات القدامى CHAMPVA <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
7	برنامج ميديكير Medicare <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	خطة رعاية صحية شاملة MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اسم شركة التأمين الصحي	رقم تعريف المشترك/ة في الخطة	اسم المشترك/ة	عنوان شركة التأمين الصحي لتلقي مطالبات تغطية الصحة النفسية	تم توقيع على الإذن بتخصيص المزايا التأمينية والسماح للتأمين بالدفع <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
8	منظمة السلامة الصحية/منظمة تزويد الخدمة الصحية المفضلة HMO/PPO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	خطة رعاية صحية شاملة MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اسم شركة التأمين الصحي	رقم تعريف المشترك/ة في الخطة	اسم المشترك/ة	عنوان شركة التأمين الصحي لتلقي مطالبات تغطية الصحة النفسية	تم توقيع على الإذن بتخصيص المزايا التأمينية والسماح للتأمين بالدفع <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
9	منظمة إضافية للسلامة الصحية/منظمة إضافية مفضلة لتزويد الخدمة الصحية HMO/PPO <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	خطة رعاية صحية شاملة MEDICARE ADVANTAGE <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اسم شركة التأمين الصحي	رقم تعريف المشترك/ة في الخطة	اسم المشترك/ة	عنوان شركة التأمين الصحي لتلقي مطالبات تغطية الصحة النفسية	تم توقيع على الإذن بتخصيص المزايا التأمينية والسماح للتأمين بالدفع <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
10	عنوان شركة التأمين الصحي لتلقي مطالبات تغطية الصحة النفسية	اسم شركة التأمين الصحي	رقم تعريف المشترك/ة في الخطة	اسم المشترك/ة	اسم المشترك/ة	عنوان شركة التأمين الصحي لتلقي مطالبات تغطية الصحة النفسية	تم توقيع على الإذن بتخصيص المزايا التأمينية والسماح للتأمين بالدفع <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
11	عنوان شركة التأمين الصحي لتلقي مطالبات تغطية الصحة النفسية	اسم شركة التأمين الصحي	رقم تعريف المشترك/ة في الخطة	اسم المشترك/ة	اسم المشترك/ة	عنوان شركة التأمين الصحي لتلقي مطالبات تغطية الصحة النفسية	تم توقيع على الإذن بتخصيص المزايا التأمينية والسماح للتأمين بالدفع <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

جهات الاتصال ذات الصلة بالدافع/ة (العميل/ة أو المسؤول/ة عنه)

12	اسم الدافع/ة	العلاقة أو العلاقة مع العميل/ة	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> متزوج/ة <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> مطلق/ة <input type="checkbox"/> أرمل/ة <input type="checkbox"/> منفصل/ة	رقم رخصة قيادة تجارية أو رقم تعريف المستفيد/ة في برنامج MEDI-CAL أو أي تعريف هوية آخر للدافع/ة
13	عنوان الدافع/ة	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	رقم الهاتف
14	مصادر الدخل: <input type="checkbox"/> راتب <input type="checkbox"/> عمل حر <input type="checkbox"/> إعانة بطالة <input type="checkbox"/> إعانة لذوي الاحتياجات الخاصة <input type="checkbox"/> دخل تأميني تكميلي <input type="checkbox"/> دخل من ريع عام <input type="checkbox"/> معاش المحاربين/ات القدامى/القدامى <input type="checkbox"/> إعانة حكومية أخرى <input type="checkbox"/> إعانة عينية <input type="checkbox"/> مصدر دخل غير معلوم <input type="checkbox"/> مصادر دخل أخرى:	رقم التأمين الاجتماعي للدافع/ة	تاريخ آخر عمل، في حال عدم العمل حالياً	رقم الهاتف	رقم تعريف العميل/ة
15	جهة العمل	عنوان جهة العمل (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)	الوظيفة	رقم الهاتف	رقم تعريف العميل/ة
16	الزوج/ة	عنوان الزوج/ة (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)	الوظيفة	رقم الهاتف	رقم تعريف العميل/ة
17	جهة عمل الزوج/ة	عنوان جهة العمل للزوج/ة (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)	الوظيفة	رقم الهاتف	رقم تعريف العميل/ة
18	الشخصية الأكثر قرابة	عنوان الزوج/ة (بما في ذلك المدينة والولاية والرمز البريدي)	الوظيفة	رقم الهاتف	رقم تعريف العميل/ة

بيانات لتحديد المسؤولية السنوية عن الدفع وفقاً للمنهج الموحد لتحديد القدرة على الدفع

21	الأصول السائلة (الأموال والمدخرات)	22	التنفقات المطلوبة قانونياً أو قضائياً	23	الدخل الشهري الصافي (بعد الخصومات)
المدخرات	\$	أقساط شهرية لدفع التزامات مطلوبة بحكم محكمة	\$	الدخل الشهري الإجمالي (قبل الخصومات)	\$
الحسابات الجارية	\$	نفقة شهرية لرعاية الطفل (ضرورية للتوظيف)	\$	الدخل الفردي للدافع/ة	\$
حساب تقاعد، شهادة/ات استثمار، أسهم ذات قيمة سوقية، سندات، صناديق استثمار مشتركة	\$	مدفوعات شهرية لنفقة الإعالة	\$	دخل الزوج/ة	\$
إجمالي الأصول السائلة (الأموال والمدخرات)	\$	مدفوعات النفقات الطبية الشهرية	\$	مدخولات أخرى	\$
الخصم من الأصول المتاحة	\$	الخصومات الشهرية الإلزامية من الدخل الإجمالي بسبب خطة التقاعد (لا تشمل الضمان الاجتماعي)	\$	الدخل الشهري الإجمالي للأسرة	\$
تقييم الأصول الصافية	\$	إجمالي النفقات المطلوبة قانونياً أو قضائياً	\$	مجموع الأرقام في المربع رقم 21 +	\$
التقييم الشهري للأصول الصافية	\$			المجموع الفرعي	\$
شهر/ات	\$			نقص مجموع الأرقام في المربع رقم 22 -	\$
تم التحقق من البيانات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			الدخل الشهري الصافي (بعد الخصومات)	\$
الرقم وفقاً للدخل الشهري الصافي (بعد الخصومات) - شاملاً دخل العميل/ة		تم التحقق من البيانات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تم التحقق من البيانات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
المسؤولية السنوية عن الدفع		الفترة السنوية للمطالبة بالدفع		خطة التقسيط: \$	شهرياً
من		إلى		لعدد	1 2 3 4 5 6 أشهر

بيانات أخرى

25	تم تلقي علاج نفسي آخر خلال الفترة السنوية الحالية للمطالبة بالدفع؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أين تم ذلك؟ تم تعديل المسؤولية السنوية عن الدفع بواسطة:	من:	إلى:	الميزانية الحالية للمسؤولية السنوية عن الدفع
26	تمت الموافقة على تعديل المسؤولية السنوية عن الدفع بواسطة:	التاريخ:	سبب التعديل:	
27	تم تقديم تفسير للمسؤولية السنوية عن الدفع وفقاً للمنهج الموحد لتحديد القدرة على الدفع؟ توقيع مدير/ة المقابلة:	التاريخ:	معلومات أخرى (يُرجى ذكرها بالأسفل)	اسم ورقم مقدم/ة البيانات:
28	أقر بأن البيانات الواردة في هذه الوثيقة حقيقية وصحيحة وفقاً لأفضل ما لدي من معلومات، وأوافق على خطة الدفع والتقسيم الشهري على النحو الوارد في المربع رقم 24 من هذه الوثيقة. توقيع العميل/ة: أو توقيع الشخصية المسؤولة ماليًا عن العميل/ة:	التاريخ:		